Rok XLIV. Kraków 3 Czerwca 1905. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu.

Przypadek rzeżączki powikłanej wielorakiem zajęciem stawów i rzeżączkowem zapaleniem naczynia chłonnego z zejściem w zropienie [1]).

Podał

Dr. med. Zdzisław Sowiński,

ordynator kliniki.

Pomimo różnorodnych powikłań o cechach specyalnych, wywoływanych gonokokami u mężczyzn i kobiet, spotykamy cały szereg ciężkich schorzeń, w których czynnikiem etyologicznym jest bez wątpienia dwoinka Neissera. Jednem z najczęstszych powikłań rzeżączki jest zajęcie stawów. Powiklanie to występuje w różnych okresach rzeżączki, bądź jako lekkie, szybko przemijające schorzenie, bądź też jako zajęcie, którego następstwem może być nawet zesztywnienie i zrost zajętych stawów. Po raz pierwszy o tem schorzeniu, jako chorobie następowej rzeżączki, mówią Selle(1) i Swediaur(2) w 1781 r. Zresztą jeszcze wcześniej, bo w r. 1723. pisał Musgrave(3) o zajęciu stawów w przebiegu chorób wenerycznych wogóle. Najlepsze monografie w tej sprawie są pióra Foucarta(4) i Ravela(5); następnie należy tu zaliczyć prace Tholozana(6), Sordeta(7), Tisciera(8), Rénégo(9), Suqueta(10) i Denucégo(11). Zaznaczyć jednak z naciskiem trzeba, że dopiero Ricard wyświetlił, iż rzeżączka jest zapaleniem miejscowem, nigdy nie przechodzącem w kiłę i odwrotnie, co badacz ten stwierdził drogą doświadczalną.

Do bardzo rzadkich powikłań rzeżączki należą skórne ropnie rzeżączkowe. Kliniczne spostrzeżenia i wyniki doświadczalne przekonywają nas, że dwoinka Neissera może na wzór zwykłych drobnoustrojów ropotwórczych wywołać zapalenie i nawet ropienie w tkance podskórnej. W szeregu bakteryi gonokok zajmuje jedno z ostatnich miejsc. W rzadkich razach wchłania go prąd krwi lub limfy, lecz i w tych nawet przypadkach wywołuje on stale tylko niewielkie ropnie; rozległe zaś ropnie i ropówki (*phlegmone*) należą do wielkiej rzadkości.

Ponieważ podobne powikłania wogóle zdarzają się w przebiegu rzeżączki stosunkowo rzadko, więc przypadek, który spostrzegałem, uważam za pouczający, zwłaszcza, że rozpoznanie stwierdzono tu dodatnimi wynikami badania bakteryologicznego.

[1]) Rzecz odczytana 11 marca 1905 r. na posiedzeniu Wydziału lekarskiego rz.-kat. Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

A. T., lat 21, słuchacz, wstąpił do kliniki 3 grudnia 1904 roku. Chory wzrostu średniego, odżywienia miernego, układy kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Błony śluzowe — blade. Przed 3 tygodniami pojawiła się wydzielina z ujścia zewnętrznego cewki. Po upływie 2 tygodni wystąpił obrzęk napletka. Na grzbiecie prącia wyczuwało się wzdłuż linii środkowej zbity, nieco bolesny powrózek. Po 3 dniach odpowiednio temu powrózkowi wystąpiło czerwone pasmo z obrzękłem naczyniem chłonnem wzdłuż całego prącia aż do jego podstawy. Po upływie jeszcze 2 dni w środkowej trzeciej części prącia zauważono stwardnienie o barwie czerwonej, nadzwyczaj bolesne. Po upływie 2—3 dni zaczerwienienie powiększyło się do najwyższego stopnia i wystąpiło chełbotanie. W czasie tworzenia się ropnia chory doświadczał bardzo silnych bólów, które pozbawiły go zupełnie snu. Moczenie było b. częstem, chory oddawał mocz co 5 minut. W moczu stwierdzono domieszkę krwi. Wydzielina ropna z cewki, przedtem bardzo obfita, stopniowo zmniejszała się. Rozmiękczenie ogniska postępowało szybko. Jama ropnia również zwiększała się silnie i po przecięciu wynosiła w średnicy 3 ctm. Prawie jednocześnie w lewej okolicy pachwinowej chory zaczął doświadczać bolu; badanie wykazało zbity, bolesny gruczoł. Wkrótce wystąpiło w tem miejscu zaczerwienienie powłok zewnętrznych. Okolice pęcherza moczowego, moczowodów i nerek nie przedstawiały żadnych zmian.

Ropień, który przeciąłem, zawierał przeszło 2 łyżeczki płynu ropnego z domieszką krwi. Badanie drobnowidowe wykazało wewnątrz ciałek ropnych obecność dużej ilości gonokoków, które we właściwy sobie sposób zachowywały się przy barwieniu metodą Grama i miały cechujący swój układ. Prócz tego zaszczepiłem ropę na mieszance, złożonej z agaru i płynu puchlinowego (2:1) i otrzymałem w ten sposób czystą hodowlę gonokoka bez domieszki innych drobnoustrojów. Próby szczepienia na zwykłych pożywkach dały wyniki ujemne. Nie będę przytaczał na tem miejscu szczegółowego opisu cechujących właściwości rozwoju tego drobnoustroju, swoistego wejrzenia kolonii; ograniczę się do zaznaczenia, że tylko wszystkie znamienne cechy razem dały mi prawo uważać wyhodowane przezemnie dwoinki za dwoinki Neissera. Ognisko ropne znajdowało się tylko w skórze, inne tkanki nie były zajęte. Po przecięciu utworzył się wrzód z wywiniętymi nazewnątrz brzegami, bardzo tkliwy na dotyk. Opisane wyżej zapalenie naczynia chłonnego zupełnie znikło w dwa dni po przecięciu ropnia. Ciepłota, która przedtem była wysoką, spadła do normy. Zasługuje jeszcze na zaznaczenie ta okoliczność, że chory od samego początku rzeżączki był leczony zupełnie prawidłowo.

W 4 dni po przecięciu ogniska ropnego znikło również zaczerwienienie w okolicy pachwinowej i pozostał tylko zbity, bolesny gruczoł, który ostatecznie zupełnie wessał się pod wpływem okładów wygrzewających. Wśród pomyślnego przebiegu choroby nagle w 5 dni po przecięciu ropnia ciepłota podniosła się do 39°2 C. i jednocześnie wystąpiło obrzmienie na środkowym palcu lewej ręki między 1 a 2 jego członkiem (*phalanges*), w samym stawie; do tego dołączyło się

rozlane zaczerwienienie i silny ból, a jednocześnie bole w kościach i różnych stawach. Tym zjawiskom towarzyszył ból głowy, ogólne niedomaganie i osłabienie, brak łaknienia. Tętno było przyśpieszone o słabem napięciu. Po upływie doby sprawa chorobowa przeszła na 2-gi staw śródręczno-palcowy *(metacarpo-phalangeus)*. Bóle wciąż wzmagały się. Po upływie jeszcze jednej doby uległy zajęciu zapalnemu 3 i 4 staw śródręczno-palcowy tejże ręki. Ruchomość stawu nadgarstkowego, zarówno jak śródręczno-palcowego i śródpalcowego zupełnie znikła wskutek znacznego obrzęku i nader silnych bolów, które nie dawały choremu spokoju dniem i nocą; powstały również bole w mięśniach prawego uda, zwłaszcza po zewnętrznej jego stronie. Po upływie 3 następnych dób ciepłota, która wykazywała już stopnie prawidłowe, znowu się podniosła do 38° C. i sprawa zapalna zajęła staw między 1 a 2 członkiem środkowego palca prawej ręki. Tu również wystąpiło silne zaczerwienienie, obrzmienie stawu, ból i brak ruchomości. Równocześnie w innych stawach zajętych bole złagodniały. Nagle chory uczuł bardzo dotkliwy ból w lewym stawie stopowym, a jednocześnie staw między 1 a 2 członkiem dużego palca prawej ręki obrzękł i zaczerwienił się. Ruchomość przez krótki przeciąg czasu była ograniczoną. Chory uskarżał się na bole w okolicy serca przedmiotowych atoli zmian w sercu nie było.

Chory pozostawał w klinice miesiąc czasu i wypisał w następującym stanie: owrzodzenie na prąciu zupełnie się zagoiło; ruchomość we wszystkich zajętych stawach była ograniczoną, zwłaszcza w stawach śródczłonkowych środkowego palca; zaczerwienienia i bolów nie było, obrzmienie stawów tylko w nieznacznym stopniu. Ciepłota była prawidłową. Z objawów rzeżączki pozostał nieznaczny męt pierwszej porcyi moczu. Samoistnego wydzielania ropy nie było. Stan podniecony chorego zupełnie znikł.

Leczenie tego przypadku było objawowe: powierzchnię wrzodu w miejscu ogniska ropnego początkowo opatrywałem jodoformem, następnie zaś używałem okładu wygrzewającego z azotanem srebrowym (1:500) aż do zagojenia się. Z leków wewnętrznych używałem olejku sandałowego, salicylanu sodowego i aspiryny. Dla złagodzenia bolów w stawach stosowałem gorące do 44° C. kąpiele ręczne i okłady narkotyczne różnego składu, n. p.: *Chloroformii 15,0, Ol. hyoscyami 10,0, Ol. olivarum 100,0*. W końcu leczenia zaleciłem mięsienie. Wreszcie miejscowo przeciwko rzeżączce stosowałem przestrzykiwania płynami ściągającymi.

Przeglądając piśmiennictwo, nie trudno mi było przekonać się, że jakkolwiek już dawno zwrócili uwagę klinicyści na zajęcie stawów w przebiegu rzeżączki, pomimo to jedni z nich (Nolen) (12) uznawali je za powikłanie przypadkowe, nie stojące z rzeżączką w związku przyczynowym, inni zaś odwrotnie, przyjmowali tę łączność i tłómaczyli ją w różny sposób (Potain) (13). Jedni przypuszczają, że stawy podczas rzeżączki ulegają chorobie wskutek czynnika spółczulnego, lub że każde wogóle schorzenie układu płciowego ma prowadzić do zajęcia stawów, inni zaś zapatrują się na to powikłanie, jako na następstwo wessania do krwi jadu rzeżączkowego; niektórzy wreszcie tłómaczą go jako powikłanie, występujące drogą odruchu. Od czasu jednak, w którym stwierdzono w wypocinie stawów gonokoki, gościec rzeżączkowy nie może być już uważany za przypadkowe powikłanie rzeżączki. Niestety, tylko niewielu badaczom udało się wykazać gonokoki w wypocinie: w przeważnej liczbie przypadków otrzymano wyniki ujemne: ropa była jałową. Badania te doprowadziły do nowego poglądu na gościec rzeżączkowy, mianowicie dopatrywano w nim następstw wessania toksyn. Stanziale (14) znalazł w stawie płyn surowiczy, którego zaszczepienie zwierzętom i człowiekowi dało wyniki ujemne, na podstawie czego autor ten twierdzi, że wysięk rzeżączkowy nie zawiera toksyny. Te ujemne wyniki badania wysięków na obecność gonokoków zależą jednak od tego, w jakim okresie choroby badania zostały przeprowadzone. Znalazłszy się w wysięku, gonokoki żyją w takich samych warunkach, jak i na pożywkach sztucznych, a więc szybko ulegają zwyrodnieniu i giną. Jak wiadomo, toksyny wolnej gonokoki nie mają, lecz ginąc, wytwarzają w stawach gonotoksynę, która podtrzymuje sprawę zapalną, wywołaną żywymi osobnikami. Co się zaś tyczy niejadowitości wysięku, to dla wyświetlenia tej okoliczności należy zwrócić się do wyników doświadczeń. W rogach macicznych samic króliczych i świnek morskich wywoływałem, wstrzykując wyjałowioną hodowlę gonokoka, nagromadzenie ropy (*pyometra*)[2]). Z innej znowu strony, wstrzykując zwierzętom rozmaite dawki produktów ropnych, wywołanych przez taką gonotoksynę, czy to wprowadzając je do tkanki podskórnej, czy do jamy otrzewnej, czy wreszcie do rogów macicznych, spostrzegałem jedynie podniesienie ciepłoty o 1 stopień, miejscowych zaś zmian żadnych stwierdzić nie mogłem.

Wszystko to oczywiście dowodzi, iż w nacieczeniach ropnych, wywołanych przez gonotoksynę, albo ona ginie, albo z tego lub innego powodu traci swoją działalność ropotwórczą. Stąd staje się rzecz jasną, że wyniki ujemne badań należy tłómaczyć z jednej strony wysoką ciepłotą chorych za życia, a z drugiej — znacznem opóźnieniem badania po śmierci chorego. O tem przekonał się Scholtz (15) podczas swych badań: prowadząc badania jeszcze w okresie nizkiej ciepłoty chorych, znajdował on pod drobnowidem wiele gonokoków; hodowle dawały szybki i obfity wzrost i już po upływie 20 godzin można było zauważyć ich wystąpienie; natomiast badania w okresie wysokiej ciepłoty dawały *caeteris paribus* wzrost zaledwie po upływie 48 godzin i to znacznie mniej obfity.

Pierwszym badaczem, który wykazał w wysięku stawowym gonokoki, był Petrone (16); autor ten badał 2-ch chorych rzeżączkowych z zajęciem stawu kolanowego (1883). W następnym roku Kammerer (17) znalazł w jednym z dwóch zbadanych przypadków wielką liczbę gonokoków w płynie stawowym, otrzymanym w drugim dniu choroby. Horteloup i Bousquet (18) znaleźli gonokoki w ropie chorego na rzeżączkę z zajęciem stawu mostkowo-obojczykowego. Afanasjew (19) w klinice prof. Frasera spostrzegał i opisał jeden przypadek gośćca rzeżączkowego. Z prawego stawu kolanowego wydobył nieco surowiczej mętnej cieczy, w której znalazł gonokoki. Podobneż przypadki opisali Bergmann (20), Wyszemirskij (21), Hall (22), Smirnow (23), Sonnenberg (24) Gluziński (25) przytacza 8 przypadków, z których jeden jest pouczający pod tym względem, że u chorego na rzeżączkę wystąpiło zapalenie osierdzia, które wzmagało się w zależności od nasile-

---

[2]) Z. Sowiński: Przegląd lekarski, 1904 r. Nr. 41—45.

nia choroby podstawowej. Gdy zaś schorzenie zajmowało i wsierdzie, występowały bole w stawach. Dalsze przypadki opisali Burci (26), Sobotka (27), Filippi (28), Batut (29), Senator (30), Fie (31), Gaston (32), Lilienthal (33), Northrup (34), Vignandon (35), Höck (36), Weifser (37), Neisser (38), Finger (39), Bordoni-Uffreduzzi (40), Widal (41), Manley (42), Haushalter (43), wreszcie Vanuxcem (44) w rozprawie doktoryzacyjnej. Rindfleisch (45) i Nasse (46) badali 30 przypadków rzeżączki, powikłanej zapaleniem stawów. Połowa przypadków była badana między 1 a 8 tygodniem rzeżączki; druga połowa w okresie ostrawym. Po zaszczepieniu płynu stawowego w 19 przypadkach otrzymano czystą hodowlę gonokoka. W niewielkiej liczbie przypadków autorowie znaleźli zwykłe drobnoustroje ropotwórcze. W kilku wreszcie przypadkach szczepienia pozostały jałowemi. Hagner (47), Destounis (48), Hirschlaf (49) również spostrzegali przypadki gośćca rzeżączkowego, w których badanie bakteryologiczne dało wyniki dodatnie. Lucas (50) przytacza 23 przypadki, z których 18 dotyczą noworodków z rzeżączkowem zapaleniem oczu, reszta 5 dzieci starszych (do 7 lat). Wszystkie te ropne zapalenia oczu wikłały się w swym przebiegu z zajęciem stawów, zwykle po upływie 2—3 tygodni od początku zapalenia śluzoropotokowego: w jednych z tych przypadków gościec występował w postaci ostrej, w innych jako ostrawe zapalenie błony maziowej ze znaczną bolesnością, lecz bez zaczerwienienia powłok zewnętrznych. Ze stawów ulegały zajęciu przeważnie lewy kolanowy i lewy nadgarstkowy; szczepienie wysięku z tych stawów w wielu przypadkach dało wynik dodatni, potwierdzając w ten sposób łączność sprawy gośćcowej z gonokokiem. Scholtz (*l. c.*) badał 3 przypadki rzeżączkowego zapalenia stawów i tylko w jednym z nich otrzymał hodowle gonokoków. Oprócz tego 1 ct. sz. cieczy, otrzymanej ze stawu, zmieszanej z bulionem (1:3), dał czystą hodowlę gonokoka, która okazała się jadowitą dla zwierząt. Young (51), używając wodnistego płynu jądra, również płynu z jamy brzusznej, ogrzanego do 55° C. i połączonego ze zwyczajnym agarem, otrzymał dwoinki rzeżączkowe w czystej hodowli w przypadkach ostrego i ostrawego rzeżączkowego zapalenia stawów.

Rzadsze powikłanie w przebiegu rzeżączki przedstawia podskórne nagromadzenie się ropy. Sahli (52) pierwszy w roku 1887 znalazł gonokoki w ropniu skórnym, który utworzył się u chorej na rzeżączkę w okolicy stawu kolanowego. W drugim miesiącu rzeżączki chora zauważyła na skórze obydwóch stawów kolanowych liczne ropnie na przestrzeni wielkości dłoni. Po przecięciu takowych otrzymał Sahli płyn krwisto-ropny, w którym wewnątrz ciałek ropnych znajdowały się w wielkiej liczbie charakterystyczne swojem ułożeniem gonokoki. O stosunku znalezionych dwoinek do barwienia sposobem Grama autor nie wspomina. Wkrótce ropnie zagoiły się. Przerzuty gonokoków na tak dalekie przestrzenie nastąpiły zdaniem autora drogą naczyń chłonnych. W roku 1893 Lang i Paltauf (53) spostrzegali w ostrym okresie rzeżączki rozlane zaczerwienienia skóry na tylnej powierzchni ręki. Okolica ogniska zapalnego była na dotyk bolesną. Unieruchomienia stawów nie było. Autorowie przypuszczają, że sprawa zapalna była połączona z odpowiedniem ścięgnem. Objawy zapalne ustąpiły, lecz po upływie 8 dni utworzył się ograniczony ropień. Przy próbnem nakłuciu autorowie otrzymali kilka kropel krwisto-ropnej cieczy. Po paru dniach ropień został przecięty, a w jego treści znaleziono gonokoki, co Paltauf stwierdził drogą hodowli. Crippa (54) opisuje 2 przypadki: w pierwszym 24-letni mężczyzna uczuł na 3 dzień po spółkowaniu palenie w cewce, bolesność przy oddawaniu moczu i spostrzegł ropną wydzielinę, a w kilka dni potem wystąpiło obrzmienie skóry w okolicy wędzidełka prącia. Badanie drobnowidowe wykryło w wydzielinie rzeżączkowej wielką ilość gonokoków. Skóra w okolicy wędzidełka po obydwu stronach była obrzękłą i zaczerwienioną. Ognisko zapalne było wyraźnie ograniczone. Po przecięciu ropnia otrzymał Crippa prawie przejrzysty surowiczy płyn, nieco żółtawy; badanie wykryło dwoinki, które odbarwiały się sposobem Grama. Drugi przypadek spostrzegał Crippa u cierpiącego na rzeżączkę studenta; gonokoki znachodziły się w ropie w znacznej ilości. Okolica wędzidełka była obrzmiała. Próbne nakłucie, wykonane na 5-ty dzień od początku zapalenia, dało płyn surowiczy, który, zasiany na surowiczym agarze, dał hodowle gonokoka. Dubuc (55) spostrzegał przypadek ropnia u chorego, który po raz 4-ty zakaził się rzeżączką. Przedostatni raz miał rzeżączkę przed paru laty, która przeszła bez śladu. Tym zaś razem już na 10 dzień rzeżączki wystąpiły bole i uczucie ciężaru w międzykroczu po stronie lewej od linii środkowej, tuż przy rzyci od przodu. Puchlina dochodziła prawie do moszny. Wreszcie utworzyła się głęboka ropówka bez chełbotania; gruczoł krokowy nie przedstawiał zmiany. Zdaniem autora chory miał ropówkowe zapalenie gruczołu opuszkowo-cewkowego (*glandulae bulbo-urethralis*). Ropień został przecięty, lecz brak badania bakteryologicznego obniża doniosłość tego spostrzeżenia. W tymże roku Horvitz (56) otrzymał wyniki dodatnie po przecięciu ropnia, usadowionego w okolicy nadgarstka; ropień ten wystąpił w przebiegu rzeżączki, na którą cierpiał od roku. Mężczyzna, liczący lat 27, zachorował przed 6 laty na rzeżączkę, która trwała 3 tygodnie. Drobnowidowe badanie skąpej wydzieliny wykazało nieznaczną liczbę gonokoków, bądź w stanie wolnym, bądź usadowionych w ciałkach ropnych. Hodowle stwierdziły wyniki badania drobnowidowego. Po upływie prawie roku po 2-giej rzeżączce chory uczuł bole na tylnej powierzchni lewego nadgarstka. Powłoki zewnętrzne w tej okolicy zaczerwieniły się, a ruchy stały się nieco utrudnione; wkrótce wystąpiło wyraźne chełbotanie. Próbne nakłucie wyprowadziło 2—3 krople krwistego płynu, w którym gonokoków nie znaleziono. Szczepienia na zwykłych pożywkach i na surowicy dały wyniki ujemne. Tymczasem na pożywce Wertheima wyrosły typowe hodowle gonokoków, z których szczepienia dalsze dały te same wyniki.

W roku 1895 Bujwid (57) opisał przypadek przewlekłej rzeżączki gonokokowej, w którym utworzyły się 4 ropnie w mięśniach kończyn. Drobnowidowe badanie wykryło u 32-letniego mężczyzny obecność gonokoków. We dwa dni po cewnikowaniu wystąpiły dreszcze, a po upływie kilku dni utworzyły się 4 ropnie: u lewego stawu barkowego, w prawym dole podkolanowym, z wewnętrznej strony lewej kończyny dolnej i w okolicy zewnętrznej prawej kostki. Wszystkie te ropnie były usadowione wewnątrz mięśni; tkanka podskórna i stawy nie były zajęte. Wypuszczona po przecięciu ciemno-czerwona ciecz została zbadana pod drobno-

widem i drogą szczepień. Szczepienia na agarze surowiczym dały po upływie 48 godzin wyraźny wzrost typowy kolonii gonokoka bez domieszki innych drobnoustrojów. Autor dokonał również szczepień bez dostępu tlenu, lecz otrzymał wyniki ujemne. W r. 1896 Petit i Pichevin (58) opisali u jednego chorego na rzeżączkę ropnie gruczołu potylicznego, z którego wydobyta ropa zawierała czyste hodowle gonokoka, jak to wykazały szczepienia.

Następne przypadki należą do Rendu (59) i Meyera (60). Scholtz (*l. c.*) spostrzegał 3 przypadki ropni rzeżączkowych w podskórnej tkance łącznej. Drugi przypadek spostrzegał on u 18-letniego młodzieńca, u którego do rzeżączki przyłączył się niewielki ropień na podstawie prącia. Po przekłuciu ropnia wypłynęła w ilości prawie 1 sz. c. krwisto-ropna ciecz, która zawierała czyste hodowle gonokoka, jak to wykazały badania drobnowidowe i szczepienia. Ropień ten, jak to stwierdziło badanie zgłębnikiem, znachodził się w tkance podskórnej i nie łączył się z ciałem jamistem. Lang opisał przypadek ropnia na wolnym brzegu napletka, w którym za czynnik etyologiczny przyjmuje on przedostanie się gonokoka z zewnątrz. Scholtz zaś przypuszcza, że zakażenie rzeżączkowe szło tu drogą naczyń chłonnych. Johann Almkwist (61) opisuje przypadek, w którym u chorego, cierpiącego od 4 tygodni na rzeżączkę, w 5-tym dniu po wstąpieniu do szpitala wystąpiło zaczerwienienie powłok zewnętrznych na prawej kończynie dolnej i obrzęk. W kilka dni potem w okolicy zewnętrznej kostki wystąpiło chełbotanie. Ogólny stan chorego był zadowalniający, ciepłota była prawidłową, serce nie przedstawiało zmian żadnych, w moczu wałeczków nie znaleziono. Próbne nakłucie dało niewielką ilość płynu, który zawierał ropę i krew; płyn ten zaszczepiono na pożywkach Kiefera. W sąsiedztwie utworzył się drugi ropień, który również został przecięty i zaszczepiony na agarze surowiczym. Szczepionki dały typowe kolonie gonokoka. W kilka dni utworzył się nowy ropień, w którym również znaleziono gonokoki. Po upływie miesiąca od wstąpienia chorego do lecznicy utworzył się nowy ropień o 8 ctm. nad kostką zewnętrzną, który opuszczał się ku dołowi aż do środka 4-tej kości śródstopia i na tył stopy. Sprawa ta przebiegała bez bolów. W treści ropnia znaleziono gonokoki. Przypadek ten przedstawia naoczny przykład przerzutów, pouczających swoją uporczywością i wielorakością. Reichmann (62) opisuje 2 przypadki ropni podskórnych na prąciu, które powstały po upływie wielu dni od spółkowania. Po przecięciu tych ropni znaleziono w ropie gonokoki, lecz jednoczesnego zajęcia cewki nie było. Wetzel (63) spostrzegał na 14 dzień rzeżączki śród objawów gorączkowych wystąpienie na tylnej powierzchni ręki bolesnego obrzęku, który rozszerzył się aż do ramienia. Treść obrzęku składała się z ropy, w której autor wykazał gonokoki. Young (*l. c.*) opisał 5 przypadków ropni w tkance podskórnej, wywołanych gonokokiem, z których 3 znajdowały się na międzykroczu. Wyniki badania drobnowidowego zostały potwierdzone przez szczepienie. Gaston (64) opisuje przypadek, w którym na górnej powierzchni skóry prącia wystąpił szereg niewielkich ropni na całej przestrzeni od napletka do spojenia łonowego. Ropa, jak również wydzielina z cewki, zawierała gonokoki. Faltin (65) spostrzegał okołostawowy ropień u 33-letniej kobiety bez zajęcia stawów, w których obecność gonokoków została stwierdzoną badaniem drobnowidowem i drogą szczepień. Zeissl (66) i Wolff dwukrotnie stwierdzili obecność gonokoków w ropie rozpadających się gruczołów chłonnych chorych na rzeżączkę. Welander znalazł je w ropie z ropnia naczynia chłonnego. Zeissl przypuszcza jednak, że w pojedynczych przypadkach miało miejsce zakażenie mieszane.

Pomijając resztę przypadków, podanych w piśmiennictwie, wracam do własnego: w tym przypadku do rzeżączki dołączyło się rzeżączkowe zapalenie 7 stawów, oprócz tego bole w mięśniach i kościach, wreszcie ropne ogniska w skórze prącia i w lewej okolicy pachwinowej. Nie będę zatrzymywał się nad zapaleniami stawów, które nie przedstawiały w swoim przebiegu żadnych zboczeń. Następnie, jakkolwiek gruczoły chłonne w okolicy pachwinowej rzadko bywają zajęte podczas rzeżączki, jednak i w tych razach, gdy one obrzmiewają i stają się bolesne, zapalenie szybko ulega rozwojowi wstecznemu. Co się tyczy ropnia, to przedstawiał on taką własność, której nie spotkałem w dostępnem mi piśmiennictwie: sposób tworzenia się tego ropnia przedstawia *bubonulus*, więc jest analogiczny do dymienic przy wrzodzie miękkim. Zakażenie szło wzdłuż naczynia chłonnego i doprowadziło w jednem miejscu do utworzenia się ogniska stwardniałego, które zwiększało się w swych wymiarach i stopniowo uległo rozmiękczeniu. W ten sposób powstał opisany wyżej obraz kliniczny ropnia. Podobny typ tworzenia się ogniska zapalnego miał miejsce i w okolicy pachwinowej, lecz tu sprawa uległa rozwojowi wstecznemu.

Przypadek mój, jakkolwiek należy ostatecznie do rubryki przypadków, powikłanych ropniem skóry, przedstawia w rzeczywistości zapalenie naczyń chłonnych z zejściem w ropienie i jako taki, wobec wielkiej rzadkości, zasługuje na zaznaczenie.

Piśmiennictwo. 1. Selle: Ch. Th. Medicina clinica oder Handbuch der Medicin. Berlin, 1781. — 2. Swediaur: Vollständige Abhandlung über die Zufälle, die Wirkungen, die Natur und die Behandlung der syphilitischen Krankheiten. Uebersetzt von Hoven, Ludwigsburg, 1799. — 3. Musgrave: De arthritide symptomatica, 1723. — 4. Foncart: Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique. Bordeaux, 1846. — 5. Ravel: Observat. et matériaux pour servir à l'historie de l'uréthrite blennorrhagique. Paris, 1857. — 6. Tholozan: Des métastases. Paris. 1857. — 7. Sordet: Du rhumatisme blennorrhag. Thèse de Paris. 1859. — 8. Tixier: Blennorrhagie rhumatismale. Paris, 1866. — 9. Réné: De l'arthrite blennorrhag. Thèse de Strasbourg, 1865. — 10. Suquet: Thèse de Paris, 1868. — 11. Denucé: Journal d'Bord. 1869. — 12. Nolen: Deutsch. Archiv f. klin. Med., Bd. 32 str. 120—148 — 13 Potain: Journ. de Med., 1882, XI. — 14. Stanziale: Gaz. d. Osped., 1893. — 15. Scholtz: Beiträge zur Biologie des Gonococcus. Arch. f. Dermat. u. Syphil., Bd. 49, str. 3, 1899. — 16. Petrone: Riv. clin. de Bologna, 1883. — 17. Kammerer: Centralbl. f. Chir., 1884, str. 49. — 18 Horteloup i Bousquet: Gaz. des hôpit., 31 oct. 1885, str. 1004. — 19. Afanasjew: Wracz, 1885, Nr. 6, st. 87. — 20. Bergmann: St. Petersburger medic. Wochenschr. 1885, N. 35, str. 293. — 21. Wyszemirskij: Wracz, 1885, N. 36, str. 596. — 22. Hall: 1) Med. Journal, New-York, 1886, str. 335. 2) Arch. für Dermat. und Syphl. 1886, str. 900. — 23. Smirnow: Wracz, 1886, N. 31. — 24. Sonnenberg: Berlin. klin. Wochenschr., 1886. — 25. Gluziński: Przegląd lekarski, 1889, N. 11, str. 129 i Brit. medic. Journal, 1889, str. 1084. — 26. Burci: Giornal. ital. delle malat. vener. et del. pelle. 1891, str. 157 i Lo sperimentale, 1894, t. 48. — 27. Sobotka: Prag. med. Woch. 1893, N. 48, str. 582. — 28. Filippi: Thèse de Paris, 1893. — 29. Batut: Mercredi médical, 1893, 23 sept. — 30. Senator: Riforma med., 1894, t. II, str. 675. — 31. Fié: Thèse de Paris, 1895. — 32. Gaston: Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil., 10 stycznia 1895. — 33. Lilienthal: Boston med. journ., 1895, t. 132,

str. 75. — 34. Northrup: Association of. Americ. Phys. 10-th. ann. meeting., Wathington, 1895. — 35. Vignandon: Revue des maladies de l'enfant, 1895, t. 13, str. 209. — 36. Höck: Wiener klin. Woch., 1893, t. VI, N. 41, str. 736. — 37. Weifser: patrz Chadwick. Boston med. and surg. journ., 1895, N. 14, str. 337. — 38. Neisser: Deuts. med. Woch., 1894, N. 15, str. 335. — 39. Finger: Arch. für Dermat. und Syphil., 1894, str. 330. — 40. Bordoni-Uffreduzzi: Deutsch. med. Woch., 1894. str. 484. — 41. Widal: Baumgarten's Jahresbericht, 1897. — 42. Manley: The American Journ. of medic. sc., 1894, t. 108. — 43. Haushaller: Arch. clinique de Bordeaux, 1895, str. 495. — 44. Vanuxcem: Thèse de Paris, 1895. — 45. Rindfleisch: Arch. f. klin. Chir., 1897, Bd. 55, str. 445. — 46. Nasse: Sammlung klin. Vorträge (R. v. Volkmann) N. 181. — 47. Hagner: Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. Bd. 8, Nr. 75, 1897. — 48. Destounis: Thèse de Paris, 1897—98. — 49. Hirschlaff: Ver. Beil. d. Deutsch. med. Wochenschr., 1898, N. 37. — 50. Lucas: The Lancet, 1899. — 51. Young: Journ. of cutan. and genito-urinary diseas., czerwiec 1900. — 52. Sahli: Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1887, N. 16, str. 496. — 53 Lang i Paltauf: Arch. für Dermat., 1893, Bd. 25, str. 330. — 54. Crippa: Wien. med. Presse, 1893, str. 1373. — 55. Dubuc: Franç. méd., 1893, str. 177. — 56. Horvitz: Wien. klin. Woch., 1893, N. 4, str. 59. — 57. Bujwid: Centr. f. Bakt., 1895, N. 4. str. 435. — 58. Petit i Pichevin: Journ. des mal. cut. et sypil., 1896. — 59. Rendu: La Semaine méd. 1897. N. 54, str. 428. — 60. Meyer: Centr. für Chir., 1898, N. 1. — 61. Almkwist: Arch. f. Dermat., 1899, N. 49, str. 163. — 62. Reichmann: Arch. f. Dermat., 1899, Bd. 49. — 63. Wetzel: Münch. med. Wochenschr., 1899, N. 22. — 64. Gaston: La Semaine méd., 1900 N. 5. — 65. Faltin: patrz Monatsh. f. prakt. Dermat., 1900, Bd. 30. str. 142. — 66. Zeissl: Lehrbuch der vener. Krankheit, Wien.

II. Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich.

Podali

Prof. W. Jaworski i **Dr. K. Flis**, asystent kliniki.

(Rzecz wykonana w czerwcu, lipcu i sierpniu 1904 w pracowniach kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. R. Dw. Prof. Edwarda Korczyńskiego).

(Ciąg dalszy).

Co się tyczy szczegółów metody badania, którą w oznaczeniach naszych posługiwaliśmy się, to zaznaczymy, iż każda woda przed oznaczaniem punktu marznięcia trzymana była w lodzie, aby przy otwieraniu nie utracała zawartego w niej wolnego CO_2 i wlewana do rurki Beckmannowskiej, również oziębionej.

Wszystkie wody podczas zamrażania mieszane były mieszadłem, poruszanem prądem elektrycznym i w ten sposób uregulowanem, że poruszało się raz na 2 sekundy.

Zachowanie tej jednostajności było konieczne ze względu na to, iż metoda ta jest dosyć subtelną, a punkt marznięcia w znacznym stopniu zależny od sposobu mieszania i zamrażania. Nawet przy tych ostrożnościach błąd metodyczny może wynosić do 0·01°.

Z otrzymanego obniżania punktu marznięcia obliczaliśmy ciśnienie osmotyczne O w atmosferach, mnożąc je przez 12·03, oraz ilość drobin, osmotycznie czynnych (= drobin + jonów), czyli t. zw. stężenie osmotyczne n. Z wzoru zaś chemicznego obliczano stężenie drobinowe N. Przez porównanie tych dwóch ilości $\frac{n}{N}$ otrzymaliśmy wykładnik, wskazujący, ile razy więcej dana woda zawiera drobin osmotycznie czynnych, aniżeli to z wzoru chemicznego bez dysocyacyi drobin wynika.

Liczba ta musi być większą od jednostki, bo

$$n > N$$

Gdyby było $n = N$, to $N = 1$ czyli dysocyacyi nie byłoby.

Natomiast $\frac{n}{N}$ nie może być mniejsze od jednostki, gdyż dowodziłoby to, że w rozczynie znajduje się mniej drobin, aniżeli wzór chemiczny wykazuje. Dlatego paradoksem mogą się wydać w tabeli wody z Druskienik Nr. 16 i 17. Dla tych jednak wód skład chemiczny podany jest sposobem Thana w jonach. Z obliczenia więc chemicznego, N wypadło większe, aniżeli n, t. zn., że w rzeczywistości w wodach tych, a można twierdzić we wszystkich, dysocyacya nie jest zupełną. Stąd też w składzie chemicznym analityk (Pawłow), rozdzieliwszy wszystkie sole na jony, otrzymał ich więcej, aniżeli punkt marznięcia wykazuje.

Tym przykładem znakomicie poprzeć możemy nasze twierdzenie, że podawanie składu wód w jonach jest przy obecnych metodach badania dowolnością.

Ta liczba więc $\frac{n}{N}$ daje nam pewne pojęcie o stopniu dysocyacyi, jakkolwiek ścisłem oznaczeniem tego stopnia ona nie jest, stopień bowiem dysocyacyi α możnaby obliczyć, gdyby wszystkie drobiny były rozszczepione, jak to się znachodzi w rozczynach soli bardzo rozcieńczonych. W wodach jednak mineralnych dysocyacya jest niezupełną tak, że znachodzą się w nich oprócz rozszczepionych jonów także nierozszczepione drobiny, a nie mamy sposobu łatwego do obliczenia ich stosunku. Dla zupełnej dysocyacyi soli należałoby wody mineralne rozcieńczać jeszcze wodą przekroploną tak długo, aż przewodnictwo elektryczne już się ustali.

Kohlrausch i Ostwald oznaczali α dla rozczynów pojedynczych soli w ten sposób, iż oznaczywszy przewodnictwo pewnego rozczynu soli λ_a, rozcieńczali rozczyn tak długo, aż przewodnictwo przy dalszych rozcieńczeniach więcej zmianie nie ulegało. To przewodnictwo, oznaczone λ_∞, wskazywało, iż wszystkie drobiny były rozszczepione, a wówczas

$$\alpha = \frac{\lambda_a}{\lambda_\infty}$$

Oznaczenie λ_∞ dla wód mineralnych byłoby rzeczą niesłuchanie trudną, nieraz nawet niemożliwą, a co najważniejsze — bez praktycznego znaczenia. Dlatego też oznaczaliśmy ten stopień dysocyacyi w sposób powyżej podany, a dla zoryentowania się i praktycznego celu zupełnie wystarczający.

Do obliczania przewodnictwa elektrycznego równoważnikowego potrzebna była ilość η, t. j. stężenie równoważnikowe w 1 cm³, które obliczano, mnożąc stężenie drobinowe każdej soli z osobna przez jej wartościowość i biorąc sumę wszystkich w ten sposób przeliczonych składników. Wówczas

$$\lambda = \frac{\varkappa}{\eta}$$

Wobec braku zatem możności oznaczenia ilości α nie można z przewodnictwa elektrycznego obliczyć szybkości wędrowania jonów ani ich ilości i oznaczyć ich jakości. Dlatego nie podajemy składu wód w ugrupowaniu jonowem, bo jonów tych nie znamy. Sposób zaś pisania składu wód w jonach, praktykowany obecnie na niektórych wodach obcych, zwłaszcza niemieckich, jest tylko modną fantazyą, nie popartą dowodami.

W załączonej tablicy wód podajemy następujące daty: Prócz ciężaru właściwego (przedziałka 4) i ilości składników stałych w 1 litrze (przed. 5), podajemy depresyę Δ_t (przed. 6), następnie:

(przedziałka 7) ciśnienie osmot. w atmosferach:

$$O = \Delta_t \times 12{\cdot}03$$

„ 8) stężenie molowe $N = \frac{gm}{M}$

t. j. ilość grammolekułów (molów) w 1 cm³;

„ 9) stężenie osmot. $n = \frac{\Delta_t}{1{\cdot}85 \times 1000}$,

t. j. sumę drobin i jonów w 1 cm³;

„ 10) dysocyacyę $D = \frac{n}{N}$;

„ 11) stężenie równoważnikowe $\eta = \frac{N}{v}$

t. j. ilość gramrównoważników, obliczoną na 1 cm³, gdzie v oznacza chemiczną wartościowość soli;

„ 12) przewodnictwo elektryczne właściwe $\varkappa = l.f$ gdzie $f = 0{\cdot}4$;

„ 13) przewodnictwo równoważnikowe $\lambda = \frac{\varkappa}{\eta}$

obliczone na 1 cm³.

W tabeli wody mineralne ugrupowane są według największej depresyi, a więc i ciśnienia osmotycznego.

Dla poznania sposobu obliczenia poszczególnych dat, podanych w następnej tablicy, niech posłużą szczegółowe obliczenia dla źródła Nr. 52 z tablicy:

Woda ze studni przy kościółku św. Wojciecha w Rynku Głównym w Krakowie, zawiera:

	w 1 litrze gm.	Cięż. drob. M	Stęż. mol. w litrze $N = \frac{gm}{M}$	Wartość chem. v	Stęż. równoważ. $\eta = N \times v$
CaO	0·287	40 + 16 = 56	$\frac{0{\cdot}287}{56}$ = 0·005125	2	0·010250
MgO	0·099	40·56	0·002436	2	0·004872
Cl	0·138	35·45	0·003893	1	0·003893
H_2SO_4	0·197	98·08	0·002009	2	0·004018
HNO_3	0·160	63·05	0·002538	1	0·002538
			N = 0·016001 w 1 litrze albo = 0·000016 w 1 cm³		η = 0·025571 w 1 litrze = 0·000025 w 1 cm³

W przyrządzie Beckmanna odczytano: Depresyę $\Delta_t = -\,0{\cdot}05^0$, z czego: Ciśn. osmotyczne $O = \Delta_t \times 12{\cdot}03 = 0{\cdot}6$ atmosfer

Ponieważ 1 grammolekuł (mol) w 1 litrze wywołuje depresyę 1.85⁰ więc

Depresyi — 0·05⁰ opowiada ilość drobin osmotycznie czynnych, czyli t. zw.

$$\text{Stężenie osmotyczne } n = \frac{\Delta_t}{1{\cdot}85} = \frac{0{\cdot}05}{1{\cdot}85} = 0{\cdot}027 \text{ w 1 lit.}$$

$$= 0{\cdot}000027 \text{ w 1 cm}^3$$

$$\text{Rozszczepialność } \frac{n}{N} = \frac{0.000027}{0{\cdot}000016} = 1{\cdot}687$$

Przewodnictwo elektryczne, jako odwrotna wartość oporu znalezionego zapomocą przyrządu Ostwalda:

$= W$ t. j. ilości Ohmów w opornicy: a i b oznaczają długości odcinków druta, odczytane na mostku Wheatstona; przeto przewodnictwo l wody badanej znaleziono

$l = \frac{1}{\frac{a}{b} W} = 0{\cdot}041494$. A ponieważ pojemność oporowa f naczynia mieszczącego elektrody znaleziono $f = 0{\cdot}4$; przeto

przewodnictwo właściwe $\varkappa$ wody badanej wynosi $\varkappa = l.f = 0{\cdot}001659$

a przewodnictwo równoważnikowe

$$\lambda = \frac{\varkappa}{\eta} = \frac{0{\cdot}001659}{0\;00002557} = 64{\cdot}88$$

W tem ugrupowaniu (zob. tablicę) uwidocznia się znaczna depresya Δ_t i wysokie ciśnienie osmotyczne O wody gorzkiej morszyńskiej (Nr. 2), oraz solanek jodowych. Środek zajmują wody alkaliczne, przeważnie i solanki pojedyncze, a małe Δ i małe O mają przeważnie wody żelaziste, siarczane i wapienne.

Jeśli rozważymy współczynnik $D = \frac{n}{N}$, to uderza wysoka wartość dwóch wód z Nałęczowa i źródło Kazimiery w Sławinku. Trzy te źródła żelaziste w czasie badania już zawierały Fe lub Ca strącone, stąd też na obniżenie punktu marznięcia, a więc i na ilość n ono nie wpływało, a wliczone było przy rachunku N.

Dla porównania podajemy także wynik badania wód krakowskich: ze studni na Rynku Głównym przy kościele św. Wojciecha i z wodociągu krakowskiego, oraz z Wisły, z której wodę zaczerpnięto za Rudawą na Zwierzyńcu w sierpniu 1904.

Dla wód, które dokładnego rozbioru chemicznego nie mają, podaliśmy jedynie to, co się dało oznaczyć i obliczyć. Natomiast przypadkowym sposobem nie oznaczono Δ dla wody wysowskiej ze źródła Olgi.

Dalsze uwagi i wnioski podamy poniżej. Nim jednakowoż do nich i do omówienia znaczenia badań fizykalno-chemicznych dla fizyologii wogóle i dla balneologii w szczególności przystąpimy, wspomnieć jeszcze należy o dwóch metodach fizyologicznych badań ciśnienia osmotycznego, tj. o metodzie Hamburgera i hematokrytowej. Przedstawiając bowiem te metody, już w znacznej części wykażemy znaczenie i rolę osmozy w ustroju.

Hamburger posługiwał się w swych badaniach ciałkami czerwonemi zwierząt ciepłokrwistych. Jakkolwiek nie mają one błony komórkowej, to jednak całe ich pierwoszcze ma wszystkie własności błony półprzepuszczalnej, to znaczy: przepuszczalnej dla wody, a nieprzepuszczalnej dla soli. Dowód, iż tak jest, mamy w składzie chemicznym pierwoszcza ciałka czerwonego i osocza; pierwsze zawiera około 3·7 ‰ K Cl, a nie zawiera wcale Na Cl, podczas gdy drugie zawiera około 5·5 ‰ Na Cl, a nie zawiera KCl. Gdyby więc pierwoszcze ciałka czerwonego było dla soli przepuszczalne, zgęszczenie tych soli musiałoby się wyrównać. Natomiast o przepuszczalności dla wody świadczy zjawisko, iż ciałka czerwone, umieszczone w stężonych rozczynach soli, ulegają kurczeniu się, gdyż cząstki wody, w niej zawartej, dążą do rozczynu dla wprowadzenia równowagi w różnicy obydwu ciśnień osmotycznych i tem sprawiają zmniejszenie się objętości ciałka.

W rozczynach soli słabych albo w wodzie przekroplonej ciałka nietylko tracą właściwą sobie postać krążków, pęcznieją i przybierają postać kulistą, ale co najważniejsza,

Tablica poglądowa

z oznaczeń fizykalno-chemicznych poszczególnych zdrojów.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
L. p.	Zdrojowisko	Zdrój	Ciężar właściwy	Ilość składników stałych w 1000 cm^3 w gramach	Obniżenie punktu marz. (depresya) Δ_t	Ciśnienie osmotyczne w atmosferach $O = \Delta_t \times 12{\cdot}03$	Ilość grammolekułów w 1 cm^3 $N = \frac{gm}{M.\ 1000}$	Ilość drob. osmot. czynnych w 1 cm^3 $n = \frac{\Delta_t}{0{\cdot}00185}$	Dysocyacya $\frac{n}{N}$	Ilość gramrównoważnik. w 1 cm^3 $\eta = \frac{gm}{M/v \times 1000}$	Przewodnictwo elektr. właściwe $\varkappa = l.\,f$ $(f = 0{\cdot}4)$	Przewodn. równoważnikowe $\lambda = \frac{\varkappa}{\eta}$
1	Ciechocinek	Nr. 1[1])	1·031	—	—3·14	37·77	—	0·0016973	—	—	0·05928	—
2	Morszyn	Bonifacego	—	70·28798	—2·67	32·12	0·00072823	0·001440	1·977	0·00125312	0·05920	49·473
3	Ciechocinek	Nr. 2	1·0136	—	—2·23	26·83	0·00030532	0·001205	3·857	0·00032720	0·04600	140·587
4	Rabka	Krakusa	1·01664	24.7558	—1·64	19·73	0·00040936	0·000888	2·169	0·00004252	0·033252	78·204
5	,,	Rafaeli	1·01949	24.6587	—1·40	16·84	0·00040922	0·0007568	1·849	0·00043318	0·03104	71·655
6	,,	Maryi	1·01877	24.8759	—1·13	13·69	0·00041369	0·000610	1·475	0·00043377	0·02536	58·465
7	Solec		—	—	—1·12	13·47	0·00027828	0·000605	2·175	0·00032258	0·025422	78·81
8	Ciechocinek	Nr. 9	—	—	—1·04	12·50	—	0·000562	—	—	0·023392	—
9	Truskawiec	Bronisławy	1·012104	16·828295	—0·79	9·50	0·00023236	0·000427	1·838	0·00027282	0·019048	69·82
10	Iwonicz	Karola	1·008955	12·219355	—0·78	9·38	0·00018302	0·000422	2·306	0·00022322	0·016000	71·68
11	Busko	Rotunda	1·070230	13·772	—0·75	9·02	0·00019756	0·0004054	2·052	0·00022162	0·018026	81·34
12	Iwonicz	Amalii	1·008551	11·273114	—0·74	8·90	0·00017038	0·000400	2·348	0·00020452	0·015384	59·75
13	,,	Emmy	1·010018	13·321648	—0·73	8·68	0·00021614	0·000394	1·823	0·00022205	0·01532	69·01
14	Truskawiec	Zofii	1·007709	10·255512	—0·68	8·18	0·00014539	0·0003677	2·529	0·00016789	0·016000	95·304
15	Ciechocinek	Nr. 5	—	—	—0·68	8·18	—	0·0003677	—	—	0·015383	—
16	Druskieniki	Nr. 1[2])	—	10·0923	—0·56	6·74	0·00031858	0·0003026	0·95	—	0·01384	—
17	Wysowa	Słony	1·008480	—	—0·56	6·74	0·00013227	0·0003026	2·336	0·00022395	0·009524	42·528
18	Rymanów	Tytusa	—	8·35849	—0·54	6·50	0·00012542	0·0002918	2·327	0·00014754	0·011004	74·58
19	,,	Celestyny	—	8·35982	—0·52	6·26	0·00012415	0·0002810	2·263	0·00014621	0·011462	38·39
20	,,	Klaudyi	—	8·39550	—0·51	6·13	0·00012525	0·0002757	2·200	0·00014701	0·011004	74·85
21	Krościenko	Stefana	—	—	—0·50	6·00	0·00016107	0·000270	1·676	0·00028182	0·008511	30·20
22	Druskieniki	Nr. 2[3])	—	9·9780	—0·49	5·89	0·00031538	0·000265	0·839	—	0·012904	—
23	Birsztany	Wiktoryi	1.0040	5·9189	—0·48	5·77	0·00006594	0·000260	3·943	0·00008223	0·000962	11·696
24	Druskieniki	Artezyjski	—	10·5600	—0·47	5·65	—	0·000254	—	—	0·01200	—
25	Krościenko	Michaliny	1·003815	5·677690	—0·47	5·65	0·00006940	0·000254	3·66	0·00011349	0·009263	81·636
26	Szczawnica	Magdaleny	1·01826	13·011463	—0·44	5·29	0·00015920	0·000237	1·488	0·00031774	0·009798	30·837
27	,,	Waleryi	1·005397	6·760903	—0·43	5·17	0·00007674	0·0002324	3·052	0·00011989	0·008561	71·41
28	,,	Józefiny	1·00773	9·964795	—0·40	4·80	0·00013699	0·000216	1·577	0·00022104	0·006814	30·83
29	Birsztany	Stary	—	7·65283	—0·40	4·80	0·00013394	0·000216	1·613	0·00019000	0·010025	52·764
30	Szczawnica	Stefana	1·00540	6·915159	—0·33	3·97	0·00007807	0·000178	2·280	0·00012219	0·006504	53·23
31	Truskawiec	Maryi	1·00639	8·05509	—0·32	3·85	0·00003617	0·000173	3·800	0·00006669	0·00756	113·366
32	Wysowa	Rudolfa	1·004070	—	—0·32	3·85	0·00005624	0·000173	3·076	0·00009694	0·004525	46·68
33	,,	Bronisławy	1·00402	4·791565	—0·32	3·85	0·00006857	0·000173	2·524	0·00011778	0·004462	37·887
34	Oblęgorek	Ursus	—	—	—0·26	3·12	—	0·00014	—	—	0·00228	—
35	Ciechocinek	Nr. 8	—	—	—0·235	2·83	—	0·0001272	—	—	0·005181	—
36	Wysowa	Józefa	1·00198	1·986185	—0·23	2·77	0·00002179	0·0001243	5·703	0·00003757	0·003265	86·91
37	Głębokie	św. Kingi	1·003326	5·634397	—0·21	2·53	0·00007174	0·0001135	1·582	0·00014394	0·002608	18·117
38	Wysowa	Wandy	1·001760	—	—0·17	2·04	0·00001861	0·0000924	5·074	0·00003261	0·002807	86·19
39	Krynica	Słotwinka	1·002739	2·11550	—0·16	1·90	0·00002026	0·0000866	4·274	0·00004127	0·002811	68·123
40	,,	główny	1·003237	2·070814	—0·15	1·80	0·00001756	0·0000811	4·62	0·00003709	0·002663	71·795
41	Żegiestów		1·00184-8	5·723235	—0·15	1·80	0·00001720	0·0000811	4·727	0·00003666	0·002151	58·676
42	Wysowa	Olgi	1·00516	6·287360	—	—	0·00007586	—	—	0·00012917	0.002064	15·98
43	,,	Karola	1·002372	2·835839	—0·14	1·68	0·00003258	0·0000757	2·323	0·00005356	0·002402	44·853
44	Iwonicz	Józefa	—	—	—0·14	1·68	—	0·0000757	—	—	0·002533	—
45	Swoszowice	główny	1·00262	2·80406	—0·11	1·32	0·00002348	0·000065	2·769	0·00004757	0·002486	32·27
46	Krzeszowice	,,	1·003425	2·845591	—0·08	0·76	0·00002143	0·0000432	2·016	0·00004469	0·002381	53·276
47	,,	Zofii	1·003435	2·667115	—0·08	0·76	—	0·0000432	—	—	0·002247	—
48	Nałęczów	żelezisty[4])	—	0·38450	—0·05	0·60	0·00000360	0·000027	7·489	0·00000831	0·000584	70·223
49	,,	wapienny[5])	—	0·39803	—0·05	0·60	0·00000387	0·000027	6·809	0·00000865	0·000429	49·60
50	Sławinek	Kazimiery[6])	1·000923	4·628556	—0·05	0·60	0·00000432	0·000027	6·254	0·00000931	0·000546	58·595
51	Truskawiec	Nafta	1·1993	0·84733	—0·05[7])	0·60	0·000. 0589	0·000027	4·584	0·00001217	0·000730	59·99
52	Kraków	studnia przy kościółku św. Wojciecha	1·0022	1·256	—0·05	0·60	0·00001600	0·000027	1·687	0·00002557	0·001659	64·88
53	Krynica	Józefa	—	—	—0·04	0·48	0·00000456	0·0000216	4·742	0·00000908	0·000797	87·83
54	Lubień	Ludwika	1·00216	28·626492	—0·04	0·48	0·00001673	0·0000216	1·291	0·00003873	0·001953	50·426
55	Sławinek	Duży	1·000923	4·902841	—0·04	0·48	0·00000433	0·0000216	4·985	0·00001033	0·000538	51·643
56	Iwonicz	Adolfa	—	—	—0·03	0·36	—	0·0000162	—	—	0·000567	—
57	Kraków	wodociąg	1·002	0·2765	—0·010	0·12	0·00000214	0·0000054	2·523	0·00000364	0·000481	131·90
58	,,	Wisła	1·0013	0·131	—0·005	0·06	0·00000188	0·0000027	1·436	0·00001045	0·000458	34·84

[1]) Używany do kąpieli. [2]) Skład chemiczny podany w ogłoszeniach w jonach.
[3]) Skład chemiczny podany w ogłoszeniach tylko w jonach. [4]) Po strąceniu się Fe.
[5]) Po strąceniu się Ca. [6]) Po strąceniu Fe. [7]) Praschil (6) znalazł Δ_t = — 0·02°.

zaczynają utracać hemoglobinę, która przechodzi do rozczynu i zabarwia go charakterystycznie.

Dzięki temu zachowaniu się i właściwości ciałek czerwonych nadają się one w znakomity sposób do badań zjawisk ciśnienia osmotycznego.

Na tej podstawie sporządził Hamburger szereg różnych rozczynów rozmaitych soli i oznaczał dla nich dwa bezpośrednio po sobie następujące, a mało się między sobą różniące stężenia, z których w jednem ciałka czerwone jeszcze nie ulegały rozpuszczeniu, w następnem zaś już ulegały. Pośrednie między temi dwoma stężenie nazwał granicą stężenia izotonicznego. Stężenie to jest wobec pierwoszczy ciałek czerwonych hipotoniczne, gdyż ciśnienie osmotyczne surowicy krwi jest o wiele wyższe, a nazwa izotoniczne dotyczy tylko stężenia różnych soli, w ten sam sposób na ciałka czerwone działających, które Hamburger oznaczał.

Tą drogą Hamburger nie tylko potwierdził zasadę de Vriesa i doszedł do pojęcia izo-, hipo- i hipertonii, ale nadto obliczył ciśnienie osmotyczne surowicy, a to w sposób następujący.

Do pewnej ilości surowicy krwi końskiej, np. 5 cm. dodawał stopniowo różne ilości wody przekroplonej i otrzymawszy szereg rozcieńczeń surowicy, dodawał do niej ciałek czerwonych, obserwując, przy którem rozcieńczeniu zaczyna się rozpuszczanie hemoglobiny. Tak oznaczył granicę stężenia surowicy, która wynosiła 5 cm surowicy więcej 2·85 cm wody; następnie dla tego samego gatunku krwi oznaczał granice izotoniczne stężenia rozczynu Na Cl, które wynosiło 0·05%, a stąd obliczył ciśnienie osmot. surowicy x ze stosunku

$$x : 0{\cdot}585 = (5 + 2{\cdot}85) : 5$$

z czego

$$x = 0{\cdot}92\% \text{ Na Cl, czyli}$$

ciśnienie osmot. surowicy krwi końskiej jest takie samo, jak 0·92 odsetkowego rozczynu Na Cl.

Tą drogą wykazał także, iż ciśnienie osmot. krwi żylnej u konia jest większe, niż tętniczej, co także inną metodą sprawdził Kovacs dla krwi człowieka.

Limbeck (8) badał działanie różnych rozczynów NaCl, $NaNO_3$, $NaClO_3$ także na krew człowieka i oznaczał ciśnienie osmot. surowicy krwi ludzkiej. (Dok. nast.)

III. Z pracowni bakteryologicznej prof. J. Nowaka w Krakowie.

O pasteryzacyi mleka dla niemowląt.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński

asystent kliniki chorób dziecięcych prof. Jakubowskiego w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Nowsze te prądy nauki, dążące do zachowania mleka dla niemowląt w stanie o ile można niezmienionym, musiały zwrócić uwagę badaczów w kierunku postępowania, które ze wszystkich dzisiejszych metod wyjaławiania mleka najmniej oddala się od tego warunku, t. j. na pasteryzacyę. W ostatnich latach metoda ta stosowaną jest (zwłaszcza we Francyi) w sztucznem żywieniu niemowląt na coraz większą skalę, zyskuje sobie szerokie koło zwolenników — i zdaniem wielu autorów — powołaną jest, aby w niedalekiej przyszłości zastąpić wszystkie inne sposoby wyjaławiania mleka. Wyrazem tych usiłowań jest cały szereg przyrządów dla domowej pasteryzacyi mleka, jakie stworzono w ostatnich kilku latach, jak przyrząd Hippiusa, Oppenheimera, Kobraka i wreszcie przyrząd Contanta, coraz większe znajdujący rozpowszechnienie we Francyi i w Belgii. Wszystkie te przyrządy mają na celu połączenie tych korzyści, jakie przedstawia w sztucznem żywieniu metoda Soxhleta, ze sposobem wyjaławiania bardziej odpowiadającym współczesnym poglądom nauki.

Zwolennicy pasteryzacyi mleka dla niemowląt opierają się na następującem rozumowaniu:

Jak wiadomo, rozróżniamy dwa rodzaje wyjaławiania mleka: wyjaławianie bezwzględne i względne. Sterylizacya bezwzględna polega na zabiciu wszystkich drobnoustrojów i ich zarodników; wymaga ona działania wysokiej ciepłoty przez dłuższy przeciąg czasu, n. p. 108° przez $\frac{1}{2}$ godziny, lub 110° przez 15 minut. Sposoby, potocznie nazywane wyjaławianiem mleka, jak gotowanie lub ogrzewanie do 100°, osiągają jedynie względną jałowość mleka i w ścisłem słowa znaczeniu wyjałowieniem nie są. Sposobami tymi niszczymy wszystkie bakterye chorobotwórcze i inne, pozostawiamy jednak przy życiu zarodniki wielu bakteryi, mleku właściwych, a zwłaszcza zarodniki t. zw. fermentów sernika. Takie wyjałowienie względne może być w praktyce zupełnie wystarczające, o ile mleko spożytem zostanie w krótkim czasie po dokonaniu wyjałowienia i o ile natychmiast po wyjałowieniu zostanie nagle oziębione i w nizkiej tej ciepłocie do chwili spożycia pozostaje. Jednakże z wiadomości naszych o własnościach życia rozmaitych drobnoustrojów chorobotwórczych wypływa, iż do osiągnięcia tego wyniku ciepłota 100° lub 102° jest zupełnie zbyteczną. Ponieważ do zabicia wszystkich drobnoustrojów chorobotwórczych, jakoteż powodujących fermentacyę mleka, wystarcza kilkuminutowe działanie ciepłoty 75° lub dłuższe działanie ciepłoty 65—70°, zatem wynikałoby, iż podczas gotowania mleka lub ogrzewania go w przyrządzie Soxhleta działanie ciepłoty pomiędzy 75° a 100° lub 102° jest zupełnie bezcelowem. Nie może mieć ono na celu zabicia bakteryi, gdyż te już nie żyją; nie osiąga również zniszczenia zarodników, to bowiem wymaga ciepłoty znacznie wyższej. Natomiast udowodnionem jest, że właśnie powyżej 75° rozpoczynają się zmiany chemiczne we wszystkich prawie składnikach mleka; również powyżej tej właśnie ciepłoty mleko świeże ma tracić swoje cenne własności biologiczne. A zatem, — zdaniem zwolenników pasteryzacyi, — pasteryzując mleko, czyli wyjaławiając je zapomocą ciepłoty 65—75°, osiągnęlibyśmy ten sam wynik pod względem czystości bakteryologicznej, jaki nam daje gotowanie lub przyrząd Soxhleta, zachowując przytem własności i charakter świeżego mleka niezmienione.

Rozumowanie bez wątpienia bardzo ponętne. Lecz czy w istocie stosunki te przedstawiają się tak prosto i łatwo? Ażeby to rozstrzygnąć, musimy jasno zdać sobie sprawę ze stanowiska, na którem dziś stoi kwestya pasteryzacyi mleka dla niemowląt

Zarówno, jak cała nauka o sztucznem żywieniu niemowląt, tak i kwestya pasteryzacyi mleka dla niemowląt uległa przez poznanie fermentów rozpuszczalnych i innych własności biologicznych żywego mleka zasadniczym przeo-

brażeniom. Poprzednio sprawa stała na stanowisku czysto chemicznem: poznawszy niekorzystne zmiany, jakie powoduje w składnikach chemicznych mleka działanie wysokiej ciepłoty, starano się osiągnąć oczyszczenie tego płynu od drobnoustrojów chorobotwórczych, unikając zmian, połączonych z silniejszem ogrzewaniem mleka. Ponieważ zmiany te rozpoczynają się ogółem powyżej 75°, zatem ciepłota ta stanowiła do pewnego stopnia normę pasteryzacyi, jej linię graniczną; — przyczem jednak przekroczenie tej linii o parę stopni wzwyż lub ogrzewanie mleka nieco dłuższe nie przedstawiało zbytnich niebezpieczeństw, gdyż mogło być jedynie uważane za przyczynę rozpoczynających się i ilościowo drobnych, a zatem mało znaczących zmian chemicznych. Badania lat ostatnich rzuciły, jak widzieliśmy, zupełnie nowe światło na znaczenie mleka matki dla ustroju niemowlęcia: żywienie pozbawionego piersi matki niemowlęcia surowem mlekiem zwierzęcem przedstawia się odtąd bezwarunkowo jako ideał, któremu tylko przeszkody technicznej i praktycznej natury nie pozwalają — i prawdopodobnie nie pozwolą nigdy — znaleźć szerszego zastosowania. Nowe te poglądy musiały spowodować zupełne przeobrażenie tak w samych zasadach, jak też i technice pasteryzacyi mleka dla niemowląt, którą odtąd ściśle trzeba odróżniać od pasteryzacyi mleka do innych celów. Celem, jaki stawia dziś sobie pasteryzacya mleka dla niemowląt, jest rozwiązanie zagadnienia, znacznie trudniejszego i bardziej złożonego, niż poprzednie: mianowicie uwolnienie mleka od drobnoustrojów chorobotwórczych, jakoteż powodujących fermentacyę mleka, z zachowaniem nietykalności nietylko chemicznych, lecz i biologicznych jego własności, jednem słowem z utrzymaniem charakteru tego pokarmu jako żywego płynu. Trudności zadania tego leżą w następujących stosunkach: tak fermenty, jak też i inne biologiczne własności mleka giną podczas ogrzewania po przekroczeniu pewnej ciepłoty już bardzo szybko; zatem różnica paru stopni lub kilku minut w działaniu ciepłoty może tu odgrywać stanowczą rolę. Z drugiej strony granice żywotności bakteryi, a granice, do których mleko zachowuje swoje własności żywego płynu, (o ile granice te zostały do dziś dnia poznane), zdają się leżeć bardzo blizko siebie, tak blizko, iż nieledwie się pokrywają; niezmiernie zatem trudnem jest zadaniem oznaczyć tę ciepłotę i czas jej trwania, któryby zupełnie pewnie niszczył pierwsze, oszczędzając zarazem drugie. Dla osiągnięcia tego celu (o ile on jest wogóle możliwy do osiągnięcia) konieczną byłaby niezmierna ścisłość w wykonaniu praktycznem; przedewszystkiem zaś dokładne i szczegółowe poznanie odporności na działanie wysokiej ciepłoty fermentów i innych własności biologicznych mleka z jednej strony, zaś odporności poszczególnych drobnoustrojów z drugiej strony.

Nauka o fermentach rozpuszczalnych mleka zbyt jest jeszcze świeżą, abyśmy mogli mieć zupełnie ścisłe i pewne wiadomości o ich własnościach i ich odporności. Jako probierz własności żywego mleka stosowanym bywa zwykle znany odczyn na ferment oksydazy. Ferment ten, podług Marfana, ginie w ciepłocie 79°. Szczegółowe badania około poznania własności fermentów i ich odporności przynosi świeżo praca Hippiusa[15]). Według badań tego autora odporność fermentów mleka na działanie ciepłoty jest następująca:

ferment oksydazy (utleniający) znosi długo ciepłotę 60—65°, ginie już po krótkiem ogrzaniu do 76°;

ferment lipazy (rozkładający tłuszcze) znosi przez 1 godzinę ogrzewanie do 60°; również znosi krótkotrwałą ciepłotę 62°; przy 63° ulega osłabieniu, przy 64° ginie;

ferment rozkładający salol ginie powyżej 65° (ferment ten niema tu znaczenia);

ferment proteolityczny znosi przez 1 godzinę 60° lub ½ godz. 65°;

ferment amylazy znosi przez 1 godz. 60°, ginie powyżej 75°;

własność bakteryobójcza mleka utrzymuje się przy dłuższem ogrzewaniu do 60—65°, jakoteż, jakkolwiek osłabiona, przy krótkiem ogrzaniu do 85°. (Zdaniem Behringa[16]) własność ta ginie przy działaniu ciepłoty 60° przez godzinę);

aleksyny mleka zachowują się według Behringa tak samo, jak jego własności bakteryobójcze.

Opierając się na tych spostrzeżeniach, sądzi Hippius, że do celów pasteryzacyi mleka dla niemowląt odpowiedniejszem jest dłuższe działanie ciepłoty 60—63°, niż krótkie ogrzewanie w wyższych ciepłotach.

Pozostaje do rozpatrzenia kwestya, jakiej i jak długo trwającej ciepłoty musimy użyć, aby osiągnąć w mleku zabicie wszystkich drobnoustrojów, nie wytwarzających zarodników. Ustalenie naszych wiadomości w tym kierunku jest niezbędnem, aby módz rozstrzygnąć, czy wogóle osiągnięcie tego celu da się pogodzić z biologiczną nienaruszalnością mleka, czy zatem rozwiązanie tej kwestyi przez zabieg pasteryzacyi jest teoretycznie możliwe. Hippius w poprzednio przytoczonej pracy opiera się na zapatrywaniu, że jednogodzinne działanie ciepłoty 60° wystarcza, aby mleko oczyścić z wszystkich bezzarodnikowych bakteryi łącznie z gruźlicą. Jednakże rozglądając się w odnośnem piśmiennictwie, widzimy, że zapatrywania pod tym względem są znacznie mniej ściśle i jednostajnie sformułowane, niżby to wobec dzisiejszego stanu bakteryologii można przypuszczać. Nie mówiąc już o gruźlicy, do której będę miał sposobność powrócić, na dowód, jak znaczne są różnice liczb podanych przez rozmaitych autorów, wystarczy przytoczyć zdania, dotyczące ciepłoty, w jakiej ma ginąć laseczka okrężnicy[17]):

62—63° C	1 minuta	v. Geuns,
59° C	5 minut	
60° C	15 minut	Kitasato,
60° C	10 minut	Weisser,
60—61° C	5 minut	Chantemesse i Vidal,
59° C	15—30 minut	
55—60° C	120 minut	Fränkel.

Pragnąc zdać sobie sprawę z przyczyny tych tak znacznych różnic, zachodzących w podaniach poszczególnych autorów przeprowadziłem szereg doświadczeń, w których starałem się zbadać zachowanie się drobnoustrojów podczas ogrzewania w rozmaitych warunkach. Wyniki tych doświadczeń może się przyczynią do rozjaśnienia niektórych punktów tej sprawy.

[15]) „Jahrb. für Kinderh." 1905. Zeszyt II.

[16]) Loc. cit.

[17]) Escherich i Pfaundler: Bacterium coli commune (Kolle u. Wassermann: Handbuch der pathogenen Mikroorganismen).

W doświadczeniach tych posługiwałem się zwykłą łaźnią wodną, zaopatrzoną termoregulatorem. Muszę zauważyć na wstępie, że jeżeli idzie o dokładne oznaczenie stopnia i czasu trwania ciepłoty, jakiej poddany został dany gatunek bakteryi, to musimy ciepłotę tę mierzyć nie w wodzie łazienki, lecz wprost w jednej z ogrzewanych probówek i to napełnionej takim właśnie płynem, w jakim bakterye ogrzewaniu poddajemy. Nie zachowując tej ostrożności, popełnialibyśmy błąd, mianowicie przyjmowalibyśmy zawsze ciepłotę wyższą, niż ją posiadało środowisko, w którem ogrzewaliśmy dany gatunek. Różnica ta po kilku minutach się wyrównywa, zatem tam gdzie chodzi o dłużej trwające ogrzewanie w niezbyt wysokiej ciepłocie popełniany błąd byłby nieznaczny; natomiast przy krótkotrwającem ogrzewaniu do wyższej ciepłoty, n. p. 75—80°, różnica mogłaby wynosić kilka stopni, co w tym przypadku stanowi bardzo wiele. Również ważnem jest mierzenie ciepłoty w tem właśnie środowisku, w jakiem bakterye poddane zostają ogrzewaniu, gdyż pod względem własności przewodzenia ciepła rozmaite płyny przedstawiają znaczne różnice, n. p. woda, mleko, śmietanka. Jedynie postępując w ten sposób możemy być zupełnie pewni, iż badany płyn w istocie posiadał tę ciepłotę, jaką odczytujemy na termometrze.

Pierwszem spostrzeżeniem, jakie zwróciło moją uwagę, był fakt następujący: jeżeli ogrzewamy w łaźni wodnej szereg probówek, zawierających 24-godzinną hodowlę bulionową danej bakteryi (w moich dośw. *b. coli*), zaś z drugiej strony szereg probówek z bulionem, świeżo tą samą bakteryą zakażonych, przekonywamy się, iż do osiągnięcia zupełnego zabicia 24-godzinnej hodowli wystarcza ciepłota znacznie niższa, niż do wyjałowienia świeżo zakażonej pożywki. I tak: bulion świeżo zakażony i ogrzewany w łaźni wodnej wykazywał, iż jednorazowe ogrzanie do 77° nie jest w stanie zabić *b. coli*; natomiast jednorazowe ogrzanie do 65° 24-godzinnej hodowli tejże bakteryi wystarczało, aby przy przeszczepieniu hodowla ta okazała się zupełnie jałową. Doświadczenie to powtarzałem kilkakrotnie i zawsze z tym samym wynikiem. Ten sam fakt mogłem stwierdzić na mleku:

Szereg probówek z mlekiem, świeżo zakażonem laseczką okrężnicy, zanurzałem w wodzie o ciepłocie 75° na przeciąg czasu od 2 do 6 minut. We wszystkich tych probówkach laseczka okrężnicy pomimo ogrzewania okazała się żywą. Natomiast 24-godzinna hodowla mleczna tej samej bakteryi (mleko było już ścięte) okazała się martwą po zanurzeniu w wodzie o tej samej ciepłocie już poniżej 2 minut.

Znalezienie wytłómaczenia dla tego faktu nie jest łatwem. Nie może tu być mowy o zmniejszeniu odporności 24-godzinnej hodowli wskutek wyczerpania żywotności drobnoustrojów, gdyż i świeża pożywka była zakażoną prątkiem, pochodzącym z 24-godzinnej lub nawet starszej hodowli. Jedynie możnaby przypuścić, iż przy ogrzewaniu hodowli bakterye, znajdując się w środowisku, przesyconem produktami życia tychże bakteryi, przedstawiają w tych warunkach mniejszą względem wysokiej ciepłoty odporność, niż to ma miejsce w świeżo zakażonym bulionie. W każdym razie fakt ten rzuca pewne światło na możliwe źródło różnic, zachodzących w poprzednio przytoczonych podaniach rozmaitych autorów.

Przy ogrzewaniu bulionu świeżo zakażonego z hodowli agarowej, a bulionowej, nie znalazłem różnicy w odporności bakteryi.

Ciepłota, potrzebna do wyjałowienia świeżo zakażonego bulionu przez ogrzewanie probówki w łaźni wodnej wynosiła:

dla laseczki okrężnicy: jednorazowe ogrzewanie do 78, albo 2 minutowe ogrzewanie w ciepłocie 69—70°; albo 42 min. ogrzewanie w 60°;

dla paciorkowca (wyhodowanego z mleka): jednorazowe ogrzewanie do 75°;

dla gronkowca ropotwórczego: jednorazowe ogrzewanie do 75°;

dla prątka duru brzusznego: jednorazowe ogrzewanie do 65°.

Jednakże gdybyśmy z tych liczb chcieli wyciągnąć bezpośrednie wnioski odnośnie do pasteryzacyi mleka i ciepłoty, potrzebnej do jej uskutecznienia, narażalibyśmy się na popełnienie bardzo znacznych błędów. Wchodzi tu w rachubę ważna okoliczność, dotąd bardzo niedostatecznie uwzględniona w podaniach różnych autorów co do odporności bakteryi na działanie ciepłoty, a mianowicie wpływ środowiska, w jakiem dany gatunek bakteryi ogrzewaniu poddajemy, na stopień odporności tychże bakteryi. Doświadczenia wykonane w tym kierunku przekonały mnie, że wpływ ten ma tutaj bardzo duże znaczenie, a mianowicie, iż dla zabicia danego gatunku bakteryi w mleku musimy użyć ciepłoty znacznie wyższej lub znacznie dłużej działającej, niż to jest potrzebnem dla zabicia tejże samej bakteryi w bulionie.

W doświadczeniach tych posługiwałem się zwykłem zbieranem mlekiem, służącem jako pożywka w pracowni. Różnice przedstawiały się ilościowo następująco:

a) przy jednorazowem ogrzaniu *b. coli* ginie w bulionie powyżej 77°;

przy jednorazowem ogrzaniu *b. coli* ginie w mleku dopiero powyżej 84°.

b) Przy zanurzeniu probówek w łaźni wodnej o ciepłocie 75°:

b. coli ginie w bulionie już po 1 minucie,

„ „ w mleku powyżej 6 minut.

c) Przy ogrzewaniu *b. coli* w ciepłocie 60°:

w bulionie ginie powyżej 40 minut,

w mleku „ „ 78 minut.

d) Przy ogrzewaniu *b. coli* w ciepłocie 70°:

w bulionie ginie powyżej $1\frac{1}{2}$ minuty,

w mleku „ „ 13 minut.

Podobną różnicę w odporności stwierdziłem również na paciorkowcu. Świeżo zakażona probówka z bulionem glicerynowym, zanurzona w łaźni wodnej o 75°, okazała się jałową już po upływie 1 minuty (przez ten czas ciepłota w bulionie nie mogła nawet dojść do 75°); paciorkowiec w mleku wytrzymał w tych samych warunkach 4-minutowe ogrzewanie.

Różnice te, występujące tak wybitnie i stale, dałyby się wytłómaczyć chyba przypuszczeniem, iż istoty białkowe lub obecność tłuszczu w mleku stanowią dla bakteryi rodzaj osłonki, ochraniającej je przed działaniem wysokiej ciepłoty. Fakt ten stanowiłby pewną analogię do spostrzeżeń, stwierdzonych na prątku gruźliczym, który przedstawia niezmiernie wysoką odporność na działanie ciepłoty, o ile znaj-

duje się w śluzowej osłonie, jaką przedstawia dla niego plwocina. Jakkolwiek zresztą chcielibyśmy zjawisko to tłómaczyć, w każdym razie ma ono niezmiernie ważne znaczenie odnośnie do pasteryzacyi mleka: wykazuje ono mianowicie, że wszelkie wnioski w tym kierunku, opierające się na naszych ogólnych wiadomościach o ciepłocie, potrzebnej do zabicia bakteryi, będą zupełnie fałszywe, o ile nie uwzględnią znaczenia środowiska i o ile nie oprą się na znajomości ciepłoty, potrzebnej do zabicia bakteryi w mleku.

Tak z teoretycznego, jak i z praktycznego punktu widzenia zaciekawiało mnie, jakie będzie zachowanie się bakteryi w śmietance. W tym celu szereg probówek, napełnionych zwykłą sklepową śmietanką i wyjałowionych, zakaziłem laseczką okrężnicy i zanurzyłem w łaźni wodnej o ciepłocie 75°. Czas potrzebny do wyjałowienia śmietanki był w tych warunkach jeszcze znacznie dłuższy, niż to miało miejsce przy mleku: śmietanka okazała się jałową dopiero po ogrzewaniu trwającem 15 minut, podczas gdy w mleku (zbieranem) ulegało *b. coli* zabiciu już powyżej 6 minut. Jednakże różnicy tej nie można wprost odnosić do różnicy odporności bakteryi w mleku a śmietance: wchodzi tu również w grę przewodzenie ciepła, jak się przekonałem, znacznie powolniejsze w śmietance, która dopiero po dłuższym czasie osiąga tę ciepłotę, którą posiada woda w łaźni. Różnica, zależna od samej zwiększonej odporności, przedstawiała się następująco:

przy jednorazowem ogrzewaniu *b. coli* ginie w mleku (zbieranem) powyżej 84° (mierzone w mleku);

przy jednorazowem ogrzewaniu *b. coli* ginie w śmietance powyżej 85·5° (mierzone w śmietance).

Widzimy zatem, że granica odporności bakteryi ogrzewanych w śmietance jest jeszcze wyższą, niż w mleku. Granica zatem ciepłoty, potrzebnej do wyjałowienia przez pasteryzacyę mleka pełnego, niezbieranego, leżeć będzie pomiędzy temi dwoma granicami i będzie zależną od zawartości tłuszczu w mleku; z drugiej strony może być zależną i od jego rozmieszczenia: w razie, jeżeli tłuszcz będzie tworzył grubą warstwę na powierzchni mleka, wyjałowienie będzie wymagało wyższej ciepłoty, niż przy równomiernem rozmieszczeniu w postaci zawiesiny. (C. d. n.).

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

O zastosowaniu niektórych nowszych przetworów wyciągu nadnercza

(proszek renoformowy, gaza i wata renoformowa).

Własności wyciągu nadnercza, wywołujące niedokrwienie (*ischaemia*), znalazły, jak wiadomo, zastosowanie w lecznictwie, zwłaszcza w okulistyce. Kilka kropel tego wyciągu, nawet w znacznem rozcieńczeniu, wywołują na przekrwionej spojówce oka natychmiastowe jej dekongestyę i zbielenie; ta własność wyciągu nadnercza utorowała sobie przystęp do rynoterapii. W zastosowanie wszedł wyłącznie przetwór angielski „adrenalina“, który według podania fabrykantów ma zawierać skuteczny składnik nadnercza, posiadający w rozcieńczeniu 1:1000 własności, sprowadzające niedokrwienie, których nie traci nawet w rozcieńczeniu 1:10.000.

Przetwór ten w krótkim czasie zaczęto wyrabiać w wielu fabrykach europejskich pod nazwą suprareniny (Merck), epinefryny (Singer), wyciągu nadnercza (Dr. Freund i Redlich), tonogenu (Richter). Wszystkie te przetwory nie ustępują w niczem amerykańskiemu wyrobowi. Jeżeli jednak mimo swojej taniości mniej są stosowane, niż adrenalina, to przyczyny należy szukać wyłącznie w kolosalnej reklamie, jaką amerykański preparat się posługuje. Wszystkie wyżej przytoczone przetwory stosowane były w rozczynach, zwłaszcza w rynologii, gdzie już to dla celów rozpoznawczych, już to leczniczych szło o zmniejszenie obrzmienia przekrwionych muszli, lub błon śluzowych nosa. Postępuje się zaś w ten sposób, że albo błonę śluzową pociąga się płynnym wyciągiem, albo też wkłada do nosa kawałek waty, zwilżonej wyciągiem.

W zeszycie VIII „Therapie der Gegenwart“ omawia Goldschmidt nową formę stosowania wyciągu nadnercza. Posługiwał się on w swoich doświadczeniach przetworem firmy Dr. Freund i Redlich, zwanym *extr. suprarenal sicc.* lub renoformem. Wychodząc ze stanowiska, że zastosowanie środka tego w nosie w postaci płynnej, w rzeczy samej skutecznego, bywa nieraz dla mniej wprawnych niewygodne, postanowił Goldschmidt wykorzystać skuteczne własności tego przetworu nadnercza przez nadanie mu formy odpowiedniej, łatwiejszej w zastosowaniu przez samych chorych. Mając szczególnie tę drugą okoliczność na względzie, starał się Goldschmidt przekonać, czy główna substancya wyciągu nadnercza, w formie suchej sproszkowanej, dodana do jakiejś substancyi obojętnej w tym samym stosunku, w jakim używa się jej w rozczynach, osiągnie ten sam skutek po zastosowaniu na błonę śluzową. Liczne w tym kierunku doświadczenia, które Goldschmidt, jako asystent Krausego, w klinice tego ostatniego poczynił, okazały, że kombinacya renoformu z jakimś środkiem obojętnym, w tym przypadku *acid. boric. subtil.* + *sacchar. lact. w stosunku 0·10:5·0*, zastosowana na błonę śluzową, wywołuje podobnie niedokrwienie, jak odpowiednio ustosunkowane rozczyny.

Asystując Goldschmidtowi w Reichenhallu, miałem często sposobność przekonania się o zaletach tego przetworu, zastosowanego w formie sproszkowanej. Po zaprószeniu nim błony śluzowej nosa w przeciągu ½—1 minuty ustępuje jej obrzmienie, co się objawia wybitnem zbieleniem błony śluzowej; a ponieważ proszek ten rozpuszcza się łatwo w wydzielinie nosa, przeto nie zasłania on nam pola operacyjnego w razie wykonywania jakiego zabiegu w tym narządzie. Działanie renoformu trwa kilka minut, a czasem i kilka godzin. Na podstawie tej własności ma ten przetwór zastosowanie przy zwalczaniu objawów, występujących w nieżycie, zatkaniu i cieczeniu z nosa, oraz bolu głowy.

Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że przez częste wdmuchiwanie renoformu do nosa udaje się w wielu przypadkach trwale i prędko usunąć ostre nieżyty zatoki czołowej. Osiągnięty zaś skutek tem sobie tłómaczę, że obecność proszka tego w nosie utrzymuje zatokę stale w stanie otwartym, co umożliwia odpływ wydzieliny śluzowej. Sposób postępowania w tych przypadkach jest następujący: kokainizuje się nasamprzód miejsca, odpowiadające ujściu zatoki czołowej, a następnie stosuje się na te same miejsca proszek renoformowy, który przeszkadza wystąpieniu odczynowego obrzmienia, a tem samem zatkaniu ujścia zatoki czołowej, występującego zwykle po ustaniu działania kokainy.

Aby stale utrzymać zatokę czołową w stanie otwartym, daje się pacyentowi proszek renoformowy do rąk własnych, aby go w formie „tabaczki“ stosował, ilekroć wystąpią bole głowy i zatkanie nosa, a w każdym razie przynajmniej raz na godzinę. W ten sposób udaje się niemal zawsze objawy nieżytu nosa znacznie zmniejszyć, a względnie zupełnie usunąć. Rzecz naturalna, że pacyent, mając do dyspozycyi renoform sproszkowany, może go z łatwością sam stosować bez pomocy lekarza, ilekroć zajdzie tego potrzeba i w ten sposób osiągnąć prędko pożądany skutek. Środek ten jest także godny polecenia i w tych przypadkach, gdzie wskutek prze-

wlekłego obrzmienia błony śluzowej mamy do czynienia z zatkaniem jamy nosowej, a pacyent z jakichkolwiekbądź powodów nie zgadza się na operacyę. Wreszcie renoform okazuje się skutecznym w wielu przypadkach uporczywego zapalenia przewodów nosowych na tle naczynioruchowem, połączonego z wzmożoną wydzieliną. Działalność leku występuje w ten sposób, że wydzielina początkowa jeszcze bardziej się wzmaga na kilka minut, później jednak zupełnie i stanowczo ustaje.

Z kolei rzeczy przystępuję do omówienia działania renoformu, jako leku, tamującego krwotoki. Niemal każdy krwotok nosowy można zatamować przez uciśnięcie miejsca broczącego watą, zwilżoną płynnym renoformem; ten sam skutek da się jednak także osiągnąć zapomocą renoformu w stanie sproszkowanym i to nawet w przypadkach znacznego krwotoku, jaki się często zdarza po wycięciu muszli nosowych. Naturalnie nie zawsze skutek ten jest trwały; jednak w bardzo wielu przypadkach wywołuje on skurcz ścian naczyń tak długo, aż się nie wytworzy skrzep. O skutecznem działaniu tamującem krwotoki proszku renoformowego przekonałem się w następujących dwóch przypadkach:

Po wycięciu migdałka prawego u 12-letniego dziewczęcia wystąpiła mniejwięcej w 6—8 godzin po operacyi wielka bladość. Badanie wykazało krwawienie z miejsca operowanego, mimo upływu sporego czasu od chwili operacyi. Zalecone zimne okłady na szyję i spokój nie sprowadziły należytego skutku, a w godzinę później oświadczyła matka pacyentki, że zwymiotowała ona znaczniejszą ilość krwi i zemdlała. Stan dziewczęcia przedstawiał się rzeczywiście groźnie, gdyż bladość, już przedtem stwierdzona, jeszcze bardziej się wzmogła, a tętno stało się przyśpieszonem i nitkowatem, z rany zaś na migdałku krew spływała ciągle. Dwukrotne zaprószenie renoformem miejsca broczącego w krótkich odstępach czasu wystarczyło do zupełnego i trwałego zatamowania krwotoku. Drugi przypadek dotyczył lekarza, u którego po wyrwaniu zęba nastąpił obfity krwotok. I tutaj proszek renoformowy, jak poprzednio, w kilku minutach wywołał pożądany skutek.

Przy wszystkich krwotokach następowych, które powstały po usunięciu z nosa tamponów, użycie renoformu okazało się również stale skutecznem.

W większej jednak liczbie przypadków skuteczniejszem jest wytamponowanie nosa po zabiegach operacyjnych w tym narządzie. W tych razach okazały się bardzo pożytecznemi gaza i wata renoformowa, wyrabiane przez firmę Hartmann & Kleining w Hohenelbe (Czechy); zwykle bywają sprzedawane w opakowaniach wyjałowionych i zawierają na 100 części wagi dwie części wyciągu nadnercza.

Gaza dla celów otyatrycznych i rynologicznych wyrabia się w postaci wązkich taśm; do użytku zaś chirurgicznego i ginekologicznego w dowolnej formie; natomiast wata w formie sznura, już to w większych opakowaniach dla użytku lekarzy, już to w mniejszych — dla publiczności.

Obojętnem jest, czy do tamponów nosa użyje się gazy, czy też waty; jednak wata przez swą zdolność pęcznienia, jak to Goldschmidt słusznie w „*Aerztliche Praxis 1904*“ *zeszyt XVIII.* zauważył, zyskuje na wartości. Przez użycie gazy lub waty renoformowej, przy których już lekkie przyciśnięcie do miejsc krwawiących wystarczy, aby zatamować krwotok, zaoszczędzamy choremu bolów, jakich doznaje przez silne wypychanie nosa innymi opatrunkami.

Nadto mają powyższe środki jeszcze tę wyższość n. p. nad watą, zwilżoną półtorachlorkiem żelaza, tak powszechnie jeszcze używaną, że są aseptyczne i że po usunięciu ich niemal nigdy nie mamy krwawienia następczego, jakie się często zdarza n. p. przy stosowaniu tamponów z gazy jodoformowej. *Knobel* (Kraków).

V. Oceny i sprawozdania.

Fernand Besançon et Marcel Labbé. **Traité d'hématologie.** *(Paris. G. Steinheil éditeur. 1904 avec 125 figures et 9 planches en couleurs* (XVIII+959).

Olbrzymia praca ta podzielona jest na siedem części. Część pierwsza obejmuje badanie krwi w całości bez względu na jej składniki morfotyczne, a więc zajmuje się własnościami krwi fizycznemi i chemicznemi, jak krzepliwością, zasadowością, gazami krwi, kryształami krwi, oraz rozbiorem krwi chemicznym i bakteryologicznym. W części drugiej znajdujemy opis techniki badania krwi co do jej składników postaciowych. Dział trzeci poświęcony krwinkom czerwonym, czwarty białym, piąty hematoblastom, szósty surowicy, a siódmy narządom krwiotwórczym. Wszystkie działy opracowane szczegółowo i bardzo dokładnie, wszędzie przytoczono bardzo obfície piśmiennictwo danego przedmiotu. Gruntownie i drobiazgowo, jak może w żadnym innym podręczniku, opracowaną jest sprawa leukocytozy w najrozmaitszych jej postaciach. Leukocytozę dzielą autorowie wedle tego, czy krwinki białe, składające się na leukocytozę, są jedno — czy wielojądrzaste i dlatego rozróżniają „mononukleozę“ i „polynukleozę“. Jedną z postaci „mononukleozy“ jest limfocytoza Ehrlicha. Naturalnie, że mówiąc o „polynukleozie“, odróżniają neutrofilną od eozynofilnej. Owocem wprost mrówczej pracy jest dział, traktujący o stanie krwi wśród przeróżnych zatruć, zakażeń, chorób ostrych i przewlekłych, czy to ogólnych, czy też tylko narządów krwiotwórczych. Zajmujący jest dział, poświęcony związkowi, jaki zachodzi między rodzajem leukocytozy (*formule leucocytaire)*, a odpornością ustroju. Autorowie dochodzą do wniosku, że choroby, przebiegające z polynukleozą we krwi, nie pozostawiają ustrojowi odporności na przebytą chorobę, lecz przeciwnie — większą do niej skłonność, n. p. róża, gościec stawowy, zapalenie płuc, gardła i t. d.; podczas gdy choroby, którym towarzyszy mononukleoza, uodparniają ustrój, n. p. ospa, ospica, dur brzuszny, dur powrotny i t. d. Autorowie dzielą krwinki białe, oraz zapatrują się na pochodzenie i wzajemny ich stosunek zupełnie tak, jak Ehrlich i jego szkoła. Tak samo też dzielą choroby narządów krwiotwórczych. W odróżnieniu od Ehrlicha i jego szkoły wierzą w istnienie białaczki szpikowej ostrej, do czego zresztą w ostatnich czasach i uczniowie Ehrlicha się skłaniają (porównaj art. Hirschfelda: „O nietypowych białaczkach“ w 3 Nrze „Folia haematologica“ z r. 1904). W dziale ostatnim, poświęconym narządom krwiotwórczym, jest dokładna histologia prawidłowa i patologiczna tychże narządów, — brak atoli opisu techniki badania drobnowidowego, co dla zawodowca byłoby bardzo pożądanem. Do dziś dnia bowiem badają n. p. autorowie przeważnie szpik kostny tylko w skrawkach. Tymczasem w skrawkach nie da się nigdy zabarwić ziarnina i dlatego z takich preparatów nigdy nie możemy wnioskować, czy mamy przed sobą myelocyty, czy myeloblasty, względnie komórki limfoidalne. Do tego nadają się tylko preparaty, otrzymywane przez rozcieranie szpiku na szkiełkach i następnie ustalone i barwione jak krew. Dzieło opatrzone przy końcu 8 barwnemi tablicami, przedstawiającemi krew z przeróżnych stanów chorobowych. Tablice te są niezwykle udatne. *Stahr.*

VI. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Fr. Neugebauer **Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia.** (*Caries, rachitis, spondylolisthesis*) z 63 rysunkami w tekście. (*Ginekologia* 1895, Nr. 1, 2, 3). (Do łańcucha prac Neugebauera o kręgozmyku przybyło nowe ogniwo, jako dalszy dowód ogólnie cenionej dokładności autora i wszechstronnego opracowania. Ponieważ niepodobna odzwierciedlić w krótkiem sprawozdaniu wielkiej ilości cennych szczegółów, więc każdego, interesującego się sprawą

kręgozmyku, skierować należy do oryginału. Sprawozdanie posłuży jedynie do oryentacyi). Dobre wyniki, jakie obecnie dają cięcie cesarskie brzuszne i pochwowe, jakoteż cięcie łonowe, pociągnęły za sobą pewno zaniedbanie w badaniu miednic zwężonych, które jest koniecznem dla należytego ocenienia przypadku, dla wyrobienia sobie zdania o tem, jakie przeszkody i w którem miejscu będzie miało do przezwyciężenia ciało płodu, dla obrania wreszcie odpowiedniego sposobu postępowania. Badając sam ściśle każdą ścieśnioną miednicę, zachęca autor kolegów do tego i podaje trzy następujące przypadki:

Przypadek 1. Kobieta 34-letnia, od 4 lat zamężna, rodziła 3 razy. Zawsze wykonywano wymóżdżenie na płodzie żywym, pomimo czego były trudności z wydobyciem jego. Stwierdziwszy znowu ciążę, odmówił lekarz ponownego wymóżdżenia i skierował ciężarną w III. miesiącu do autora z prośbą o przerwanie ciąży lub zrobienie cięcia cesarskiego. N. wykonał to ostatnie z końcem ciąży, wśród bolów porodowych. Chora ta w wieku 2½ lat spadła ze stołu, co pociągnęło za sobą objawy porażenia kończyn dolnych na tle próchnienia kręgów lędźwiowych i zropienie lewego stawu kuprolędźwiowego. Po 6 latach ropienie ustało. Obecnie uderza mały wzrost (144 ctm.), liczne blizny po ropniach opadowych, skrócenie tułowia tak, że palce rąk dosięgają w pozycyi stojącej kolan, garb lędźwiokrzyżowy, zrównoważony bardzo znacznem zmniejszeniem nachylenia miednicy. Miednica lejkowata, skośna, wskutek zropienia lewego stawu kuprolędźwiowego. Sprzężna prawdziwa 10 ctm., odstęp pomiędzy guzami kulszowymi 4½ ctm., odległość wyrostka mieczykowatego od spojenia łonowego zaledwie 14 ctm. Brzuch tak silnie obwisły, że cięcie wypadło powyżej pępka. Przed otwarciem macicy przebił asystent błony, by ułatwić kurczenie się macicy i uniknąć zanieczyszczenia otrzewnej. Łożysko na ścianie przedniej, płód w położeniu czaszki. Po oddzieleniu ręką całego jaja i wydobyciu go na zewnątrz, otworzył N. błony i wydostał płód żywy i rzeźwy. Z każdego jajowodu (trąbki) wyciął kawałek długości 2 cm. Usunął przytem Gartnerowską torbiel pochwową i torbiel wargi mniejszej prawej. Wyleczenie.

Przypadek 2. U 37-letniej mężatki wykonał jeden z kolegów dwukrotnie wymóżdżenie płodu, pomimo którego wydobycie było ogromnie trudne. Teraz przesyła ciężarną w V. miesiącu z prośbą o wykonanie cięcia cesarskiego. Z końcem ciąży zgłosiła się ta osoba jako rodząca. Jestto karliczka wysokości 104 cm., z objawami krzywicy ogólnej. Miednica płaska, ogólnie ścieśniona, krzywicza, sprzężna prawdziwa około 8 cm., garb, *kyphoscoliosis,* brzuch obwisły. Ujście na palec. Po godzinie główka wklinowana przy bardzo gwałtownych bólach. Przygotowano wszystko do cięcia cesarskiego. Wśród przygotowań nastąpił poród siłami przyrody. Główka dobrze dostosowana z przedgłowiem, płód omdlały rychło docucono; obwód główki 34 cm. Na przygotowanie do cięcia cesarskiego wpłynęły wywiady. Zdaje się, że płód nie był zupełnie donoszony, bóle zaś były niezwykle energiczne.

Przypadek 3. Chora 29-letnia, skierowana do N. z powodu przetoki moczowej. W wieku dziecięcym nie przebyła urazu; od 15. roku życia miewa słaby ból w krzyżu i dolnej części kręgosłupa, silniejszy wśród pracy; od tegoż czasu utrudniony chód. Stanik stawał się za długim. Rodziła 3 razy, zawsze przez 3 doby, coraz trudniej; 1-szy i 2-gi poród siłami przyrody, 1-sze dziecko zmarło po ½ godzinie, 2-gie urodzone nieżywo; 3-ci poród ukończony wymóżdżeniem i trudnem rozkawałkowaniem płodu, poczem odchodził zaraz mocz bezwiednie. W ostatnim połogu przez 4 tygodnie gorączka. Wzrost 142 cm. *Externa* 19 cm., *diagonalis spuria* 7½ cm. Tułów skrócony tak, że ostatnie żebra każdej strony leżą wewnątrz miednicy, wskutek czego powstały wybitne fałdy skórne ponad grzebieniem kości biodrowej; ręka spuszczona dosięga palcami prawie kolana. Nad spojeniem łonowem i pachwiną poprzeczny fałd skóry; pępek tuż ponad spojeniem łonowem, stojącem prawie pionowo, z czem w związku szpara sromowa patrzy wprost ku przodowi. Kręgosłup zbliżony do spojenia łonowego; odległość pomiędzy 3-cim kręgiem lędźwiowym, a spojeniem łonowem 6 cm. (*conj. spuria*). Wychód miednicy ścieśniony. Dolna powierzchnia 5. kręgu lędźwiowego przylega do przedniej powierzchni kości kuprowej. Pomiędzy boczną powierzchnią tego kręgu, a skrzydłami kości kuprowej, kąt sferyczny Breiskyego, charakterystyczny dla kręgozmyku. Rozp.: kręgozmyk, przetoka pęcherzowo-szyjkowa głęboka, ze zniszczeniem przedniej wargi macicznej. Przetokę zaszył N. sposobem ojca swego, drutami miedzianymi.

Przyczyny kręgozmyku dopatruje się N. we wrodzonym braku łączności kostnej pomiędzy przednią a tylną połową łuku 5. kręgu lędźwiowego. Rozszczep kostny bywa wypełniony więzami i tkanką łączną. Ciężar kręgosłupa przesuwa przednią połowę słupa lędźwiowego przed przedgórzo, coraz to niżej, a w przypadkach daleko suniętych aż do przedniej powierzchni kości kuprowej na wysokości 1 lub 2 kręgu. Praca, dźwiganie i częste porody pogarszają sprawę. W danym przypadku istniało wskazanie do cięcia cesarskiego. Cięcie łonowe, wykonywane już przy kręgozmyku, uważa N. zasadniczo za nieodpowiednie z powodu możliwości skostnienia stawów kuprolędźwiowych. Rzadkim objawem była w tym przypadku wielka ruchomość wszystkich 3 stawów miednicy, dająca się stwierdzić przy ruchach, co pociąga za sobą chód niepewny. W dalszej części omawia N. szczegółowo rozpoznanie różniczkowe pomiędzy miednicą kręgozmykową, miednicą, towarzyszącą obustronnemu wrodzonemu zwichnięciu stawu biodrowego i kyfotyczną, przyczem szemat własny autora ułatwia zrozumienie rzeczy. Następuje szereg ogłoszonych przypadków, dotyczących głównie kręgozmyku, własnych i obcych, obficie ilustrowanych. *B. Wojciechowski.*

Bardeleben. **Narzędzie i metoda Bossiego.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1895, Nr. 15). Autor badał szereg chorych po uszkodzeniach, spowodowanych metodą Bossiego i ogłosił wyniki. Odwołując się na to, wyraża się Hammerschlag, że nie przychodzi do wniosku Bardelebena, iż należy metodę zarzucić, lecz, że należy rozszerzać tak, by uniknąć przedarć. B. wykazuje, że źle został zrozumiany. Metoda jest zasadniczo fałszywą, jeżeli się ją chce stosować wszędzie, bez względu na podatność szyi, jak tego chce jej twórca. O ile przy danych warunkach może ona oddać tak dobre usługi, jak inne sposoby rozszerzania szyi (balonem, palcami, nóżką po obrocie), o tyle staje się bez tych warunków zgubną. Wbrew twierdzeniu H., iż metoda Bossiego nie pociągnęła nigdy za sobą śmierci, przytacza autor 3 przypadki, w których związek zejścia śmiertelnego z przedarciem szyi nie pozostawia wątpliwości. *B. Wojciechowski.*

A. Schücking. **Brak tlenu, czy zatrucie kwasem węglowym.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 115). S. przekonał się doświadczalnie na zwierzętach, że nie brak tlenu, lecz nagromadzenie się małych ilości kwasu węglowego we krwi wywołuje rytmiczne ruchy oddechowe, jakoteż, że wielkie ilości kwasu węglowego są przyczyną porażenia ośrodka oddechowego i śmierci. W myśl tej zasady udało mu się przez wstrzykiwanie śródżylne środków, wiążących kw. węglowy, „alkalisacharatu" lub „alkalifruktosatu", pobudzić zwierzęta uduszone do życia. W 6 przypadkach tak ciężkiego omdlenia noworodków, że musiał je uważać stanowczo za stracone, wstrzyknął S. powoli do żyły pępowinowej około 200 grm. 1% *natrium saccharatum*, z wynikiem w 4 przypadkach pomyślnym. Roczynowi temu odpowiadałby 2% roczyn *natrium fructosatum*, niewygodnego z powodu własności higroskopijnych. Próby śródżylnego doprowadzenia tlenu przy porażeniu ośrodka oddechowego u królików pozostawały bez skutku. *B. Wojciechowski.*

C. H. Stratz. **Operacya włókniaków w ciąży.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 15). Przed 19 laty ogłosił S. bardzo obszerną statystykę z kliniki Schroedera, obejmującą przypadki włókniaków w przebiegu ciąży. Opierając się o nią, miał powód oświadczyć się za kierunkiem operacyjnym, polecając indywidualizowanie. Przeciw tej zasadzie wystąpili wówczas Hofmeier i Olshausen. Dalsze doświadczenia, opierające się nie na najcięższych przypadkach klinicznych, lecz na dobrze spostrzeganym materyale codziennym, skłoniły teraz S. do zajęcia stanowiska jak najbardziej zachowawczego. Wzniecenie poronienia wobec postępów ginekologii operacyjnej — uważa wyjątkowo tylko za usprawiedliwione, a do operacyi włókniaków wśród ciąży rzadko nastąpi wskazanie. Na 68 przypadków włókniaków w przebiegu ciąży tylko raz jeden musiał operować; 17 razy nastąpiło poronienie; zresztą porody nie były ciężkie, a dzieci rodziły się żywe. Przypadek operowany dotyczył 32-letniej mężatki, będącej po raz pierwszy w ciąży. Tętno 72, nieregularne, guz kulisty, sięga do łuku żebrowego; macica odpowiada 2 miesiącom ciąży, odgięta ku tyłowi, przechodzi na lewo w guz. Położenie macicy, wielkość guza i nieregularne tętno nakazywały wkroczenie czynne. Myśląc o wznieceniu poronienia i o operacyi włókniaka wśród ciąży, wybrał S. to ostatnie ze względu na życie płodu. Szeroką szypułę zaopatrzył podwiązkami *en masse* i pokrył otrzewną. Guz ważył 3.000 grm. Przebieg pooperacyjny korzystny, tętno wkrótce wyrównało się. Prawie we właściwym czasie wystąpiły bole porodowe, lecz były tak słabe, że po 60 godz. zmuszony był przy ujściu rozwartem zaledwie na 6 cm., z powodu omdlenia płodu założyć kleszcze. Przy zakładaniu drugiej łyżki nastąpił silny krwotok, spowodowany, jak się okazało, nizkiem umieszczeniem łożyska na ścianie przedniej. Łyżkę cofnął, założył ponownie z ominięciem łożyska i wydostał płód ciężko omdlały, który docucono. Połóg prawidłowy.

B. Wojciechowski.

T. C. Riggs. **Studyum porównawcze miednic kobiet białych i murzynek z uwzględnieniem wielkości płodu i stosunek ich do położenia płodu i do przebiegu porodu u obu ras.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 116). Praca pochodzi z *Johns*

Hopkins-Hospital w Baltimore. Za materyał służyło 779 kobiet białych i 721 murzynek. Miednic prawidłowych stwierdzono u białych 90·75%, u murzynek 65·18%; — ogólnie ścieśnionych u białych 4·62%, u murzynek 23·16%; płaskich u białych 3·33%, u murzynek 1·94%; krzywiczych u białych 1·28%, u murzynek 9·70%. Uderza więc duża ilość miednic ogólnie ścieśnionych, a mała płaskich u murzynek w stosunku do białych. Nadto zauważono, że miednica białej jest przeciętnie niższą i szerszą, niż murzynki, że ścieśnieniom miednicy towarzyszą zazwyczaj mniejsze płody, że dzieci białych są cokolwiek większe, aniżeli murzynek, że u białych zdarza się większy odsetek położeń czaszkowych w porównaniu z murzynkami i że więcej porodów odbywa się bez pomocy sztuki u murzynek, niż u białych. Pozostaje jeszcze szereg innych, mniej uwagi godnych wniosków. *B. Wojciechowski.*

Schütze. **Przypadek zapalenia błony śluzowej macicy po poronieniu u 11-letniej dziewczynki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 16). Ciąża u dzieci pomiędzy 9 a 14 rokiem życia należy do rzadkości. W przypadku autora chodzi o 11-letnią, dobrze rozwiniętą dziewczynkę, blondynkę, która jeszcze regularności nie miała. W lutym bole żołądka, nudności i częste wymioty poranne; 2 marca pierwsze krwawienie, trwające przez 8 dni, w którymto czasie miała odejść zdaniem matki jakaś część stała, mięsna (nieprzechowana). W ciągu następujących 2 miesięcy powtórzyły się 3 razy krwawienia, pierwsze przez 9, drugie przez 8 dni, ostatnie obfite trwa od 8 dni. Badanie w uśpieniu wykazało wcale dobrze rozwinięte części rodne, wejście drożne bez trudności dla palca, ujście zamknięte, z macicy wylewa się ciecz ciemno-krwawa, nie cuchnąca. Po rozszerzeniu szyi pręcikami Hegara, wyskrobał S. obfite strzępy tkanki stałej, której badanie drobnowidowe, przeprowadzone przez 2 różnych badaczy, wykazało wprawdzie brak kosmków, lecz zato zupełnie typową doczesną i gruczoły, przypominające Opitza gruczoły ciężarnych. Mimo braku kosmków rozpoznaje S. w tym przypadku na pewne zapalenie błony śluzowej macicy po poronieniu. Po zabiegu nudności ustały. Regularność powtarza się odtąd co 4—5 tygodni. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Albrand. **Pośmiertny objaw źreniczny i dalsze spostrzeżenia nad zmianami pośmiertnemi w oku ludzkiem i zwierzęcem. Studyum sądowo-okulistyczne.** (*Archiv f. Augenh.*, T. 51, 1905, zeszyt 3 i 4). Po przedśmiertnem rozszerzeniu źrenic, zależnem od zmniejszonej ilości tlenu w ustroju, względnie przeładowania bezwodnikiem węglowym, występuje bezpośrednio po śmierci zwężenie źrenicy, spowodowane skurczem pośmiertnym zwieracza. Zwężenie to nie jest jednak zupełnem, przeciwdziała mu bowiem stężenie pośmiertne rozwieracza, a w szczególności silnie rozwinięty układ mięśniowy w okrężnie przebiegających naczyniach tęczówki. W kilkunastu przypadkach spostrzegał A. pośmiertne rozszerzenie się źrenic; — jest to dowód, że sprawa pośmiertnego stężenia nie odbywa się tak szematycznie i że skurcz pośmiertny objąć może niekiedy silniej pierwiastki mięśniowe rozwieracza. Wynikiem tego wzajemnego oddziaływania zwieracza i rozwieracza jest przeciętna postać źrenicy, spostrzegana w pierwszym okresie pośmiertnym. Zwężenie źrenicy, występujące po 24 godzinach, polega już tylko na zmniejszonem napięciu gałki. Błony wewnętrzne oka tracą swą elastyczność, tęczówka się zapada. A. wywoływał doświadczalnie w tym okresie rozszerzenie źrenicy zapomocą następujących sposobów: 1) Ucisku przy pomocy pierścienia, odpowiadającego swą wielkością obwodowi podstawy rogówki. Ucisk, wywarty równomiernie na nasady wyrostków rzęskowych, napina tęczówkę, rozciąga brzeg źreniczny, podczas gdy równocześnie soczewka wypycha z tyłu tęczówkę najbardziej w części źrenicznej i w ten sposób sprowadza rozszerzenie źrenicy. 2) Nacisku na środek rogówki zapomocą trzonka noża. (Ucisk wywarty przez powieki jest jednostronny i sprowadza znaczne zniekształtnienie źrenicy. Skoro jednak łagodnie uniesie się powiekę ku górze, wraca źrenica stopniowo do okrągłego kształtu). 3) Jednostronnego ciśnienia, wywołanego wstrzykiwaniami fizyologicznego roczczynu soli kuchennej. (Zmętnienie rogówki, występujące przy rozpoczęciu wstrzykiwań, wyjaśnia się w krótkim czasie tak, że znowu można spostrzegać zachowanie się źrenicy). Nakłucie, wykonane po wstrzyknięciu, połączone z upływem ciała szklistego, powoduje obniżenie ciśnienia śródocznego, zwiotczenie tęczówki i zwężenie się źrenicy. Największe jednak zmiany w szerokości źrenic spostrzegamy, gdy wstrzykniemy płyn do przedniej komórki. Wówczas komórka przednia staje się głęboką, soczewka cofa się w tył, a źrenica rozszerza się *ad maximum*. Przy badaniu objawów źrenicznych w chwili zgonu i po śmierci określał także A. nasilenie oświetlenia w salach szpitalnych przy pomocy odpowiednio przez siebie zmienionego fotometru Wingena i przekonał się, że prawidłowy przebieg objawów źrenicznych nie zależy ani od zmiennych stosunków oświetlenia, ani też od zboczeń w budowie gałki ocznej. Rozszerzenie pośmiertne źrenicy jest objawem bardziej przemijającym w porównaniu z pośmiertnem zwężeniem. Ze śmiercią ustaje działanie leków zwężających i rozszerzających źrenicę, jak również wykluczonem jest swoiste jakieś zachowanie się źrenic podczas rozmaitych zatruć. Na podstawie swych spostrzeżeń na ludziach i doświadczeń na zwierzętach dochodzi A. do wniosku, że pośmiertne zachowanie się źrenic nie może stanowić praktycznej wskazówki w medycynie sądowej przy rozpoznawaniu zatruć i uważa za mylne spostrzeżenia poprzednich autorów, którzy jeszcze po śmierci spostrzegali działanie leków rozszerzających lub zwężających źrenicę. Przed- i pośmiertne rozszerzenie źrenic stanowi prawo ogólne, niezależne od przyczyny śmierci. Autor przedstawia następnie obrazy wziernikowe dna oka i mikroskopowe zmiany w rozmaitych błonach wewnętrznych, komórkach nerwowych siatkówki i soczewce. W sprawozdaniu szczegółowem z doświadczeń na zwierzętach zwraca A. uwagę na odmienne zachowanie się źrenicy w oczach, które po śmierci zostały wyłuszczone i przechowane w fizyologicznym roczczynie soli kuchennej. W oczach tych występuje nadzwyczaj wybitne zwężenie źrenicy, wobec którego zwężenie źrenicy w oku, pozostającem w oczodole, jest zupełnie niepokaźne. Dotychczas nie można wytłómaczyć przyczyny owego odmiennego zachowania się źrenic. *Dr. W. Reis.*

Wecker. **Nowe usiłowania wyleczenia zaćmy bez operacyi.** (*Annales d'Oculist.* Marzec, 1905). Rozwinięta w ostatnich czasach technika wstrzykiwań podspojówkowych i śródgałkowych, obudziła myśl, czyby też przy zastosowaniu odpowiednich środków nie można zapobiedz powstaniu zaćmy i wyleczyć tę chorobę w jej początku. Do tego celu mogą bowiem tylko zdążać — zdaniem Weckera — usiłowania, oparte na znajomości zmian anatomiczno-patologicznych, odbywających się w soczewce. W. nie podziela stanowczego twierdzenia Dransarta, jakoby ogólna higiena w połączeniu z leczeniem przeciwgośćcowem i doskonałą higieną oka przez dobór odpowiednich szkieł, mogła zapobiedz powstaniu zaćm w połowie przypadków. Niemniej jednak badanie moczu powinno być przeprowadzone ze szczególną starannością u osób, którym grozi zaćma i polecone odpowiednie leczenie, względnie higiena. Wobec nieregularnego postępu zaćmy nigdy nie można orzec terminu, kiedy ona będzie dojrzałą, i lepiej zająć wobec rokowania stanowisko wyczekujące, aniżeli widzieć później, że przepowiednie się nie sprawdzają. Ze sposobów, stosowanych dla wstrzymania rozwoju zaćmy początkowej, przytacza W. polecane przez Badala kąpiele oczne z roczczynu jodku potasowego (1: 40) lub wkraplania wody do öcz o tym samym składzie. Podawane jednak przez Badala dodatnie wyniki wyleczenia nie wytrzymują krytyki, gdyż czas spostrzegania wynosił zaledwie jeden rok. Obok zewnętrznego wkraplania można się posługiwać także wstrzykiwaniami 5% jodku potasu w połączeniu z akoiną lub kokainą (½ ctm.³). Dla uniknięcia znacznego obrzęku spojówki gałkowej należy wstrzykiwania wykonywać cokolwiek głębiej, śródtorebkowo. Najnowszą próbę w celu usunięcia zaćmy początkowej przedsięwziął W., stosując leczenie wyciągami tkankowymi (opoterapię) z błon wewnętrznych i zawartości oka. Myślą przewodnią autora było podniesienie sztuczne odżywienia soczewki przez dostarczenie pierwiastków, zawartych w środku oka. Z powodu małej jednak liczby przypadków i krótkiego czasu spostrzegania nie wyciąga W. żadnych wniosków, a namawia do stosowania tych środków tylko w tym celu, by nie dawać przeczącej odpowiedzi chorym, którzy przychodzą do lekarza z zapytaniem, czy też nic nie można przedsięwziąść dla zwalczenia zaćmy, grożącej im utratą wzroku. *Dr. W. Reis.*

Bednarski. **O zmianach anatomiczno-patologicznych więzadełka Zinna.** (*Archiv f. Augenh.*, T. 51, 1905, zeszyt 3). Po wstępie historycznym, streszczającym dotychczasowe skąpe spostrzeżenia nad anatomią patologiczną obwódki rzęskowej Zinna, przytacza autor wyniki swych badań, określające bliżej istotę zmian chorobowych obwódki. 1. Pojedyncze włókienka blaszki promienistej Zinna wykazują w stanach chorobowych przeważnie zwyrodnienie szkliste, obok tego jednak napotyka się obrazy anatomiczne, przemawiające za rozpłynięciem się włókien w wypocinie surowiczej. 2. Zgrubienie włókien obwódki rzęskowej jest wyrazem ich zaniku. Obok zgrubienia poszczególnych włókienek powstaje takie zgrubienie w ten sposób, że pojedyncze włókienka zlepiają się ze sobą w jedno. Włókienka blaszki promienistej mogą być także wyjątkowo zrośnięte ze sobą zapomocą tworów komórkowych. Przerostu obwódki w ścisłem słowa znaczeniu niema. 3. Zanik obwódki rzęskowej przy garbiakach jest w związku z zanikiem ciała rzęskowego. Im większy jest zanik ciała rzęskowego, tem większy zanik obwódki rzęskowej. *Dr. W. Reis.*

Elschnig. **Wstrzykiwania hemolizyny w ponawiającym się krwotoku do ciała szklistego.** (*Arch. f. Augenh.*,

T. 51, 1905, zeszyt 4). Jak wiadomo surowica królika, któremu w krótkich odstępach czasu wstrzyknięto małe ilości krwi ludzkiej, nabiera własności hemolitycznych dla krwi człowieka. Jeśli do zawiesiny ciałek czerwonych krwi ludzkiej dodamy kroplę surowicy z królika, w powyższy sposób przygotowanego, rozpuszczą się natychmiast ciałka czerwone. To było myślą przewodnią dla Römera, by własności surowicy wyzyskać jako środek leczniczy w krwotokach śródgałkowych. Autor zastosował wstrzykiwania tej surowicy u chorego 34-letniego z wynikiem ujemnym. Po wstrzyknięciu wystąpiła ostra sprawa zapalna, a wyłuszczona gałka wykazywała następujące zmiany chorobowe: *irido-cyclitis plastica*, *chorioiditis*, *scleritis*, *necrosis retinae et perineuritis*. Powstanie martwicy siatkówki tłómaczy E. rozległemi zmianami w naczyniówce i bezpośredniem działaniem trującem surowicy hemolitycznej. Niefortunny wynik leczniczy pobudza do większej ostrożności; — należy używać surowicy rozcieńczonej (n. p. w stosunku 1: 10 fizyologicznego rozczynu soli kuchennej), by pozostało jeszcze działanie hemolityczne, natomiast zniesionem zostało działanie składników cytotoksycznych. Zabieg operacyjny wykonywa się w ten sposób, że odsłania się spojówkę gałkową, przez wbitą igiełkę Pravaza wyciąga się wprzód trochę ciała szklistego, by zapobiedz wzmożeniu się ciśnienia śródocznego i dopiero potem wstrzykuje się surowicę hemolityczną.

Dr. W. Reis.

Guibert i Guéritéau. **Rak woreczka łzowego, wyleczony promieniami Röntgena.** (*Ophthalmol. Klinik*, Nr. 6, 1905). U 56-letniego chorego rozpoznał autor raka woreczka łzowego i powieki dolnej oka prawego. Woreczek łzowy był otwarty wskutek całkowitego owrzodzenia przedniej ściany; tylna jego ściana i brzegi pokryte były mięsistą ziarniną, krwawiącą przy najlżejszym dotyku. Wywinięta dolna powieka zrośniętą była na przestrzeni 1 ctm. z okostną brzegu oczodołowego. Przy równoczesnem ochronieniu twarzy i oka poddano owrzodziałe miejsce działaniu promieni Röntgena. Po pierwszych naświetleniach nie zauważono żadnej zmiany; dopiero po naświetleniach dalszych, po których wystąpiło lekkie zapalenie skóry, stwierdzono polepszenie, a po 8-mem naświetleniu zupełne wyleczenie. Blizny miejsc owrzodziałych były cienkie i elastyczne, nie odróżniające się zbyt od skóry prawidłowej. Od wyleczenia upłynęło sześć miesięcy; nawrotu nie było.

Dr. W. Reis.

PEDYATRYA. Cronquist. **Zimnica w wieku dziecięcym.** (*Heilkunde*, 1905, Nr. 1). Autor zebrał 77 przypadków spostrzeganych u dzieci w Malmö w Szwecyi. Uderza wielka ilość postaci utajonych, które autor określa nazwą *malaria larvata* z poddziałami: *enteritica*, *neuralgica* i *cephalalgica*. Przypadków takich spostrzegał autor 56, w tem 44 postaci ostatniej. We wszystkich stwierdzono pasorzyty zimnicze, niekiedy jednak dopiero po przeszukaniu znacznej liczby, do 50 szkiełek nakrywkowych. Tylko 21 przypadków przypada na typową gorączkę przerywaną. Leczenie w postaciach utajonych powinno być długotrwałe i energiczne.

Lewkowicz.

Detot i Bourcart. **Badania nad aglutynacyą paciorkowca w płonicy.** (*Revue mens. des mal. de l'enfance* 1905, II i III). Autor dochodzi do wniosków następujących: Paciorkowiec u chorych płoniczych może okazywać z surowicą chorych na płonicę wybitną aglutynacyę; odczyn ten jednak jest zmienny i niestały. Przytem podobną aglutynacyę wywołują często surowice osób zdrowych, lub chorych na inne choroby zakaźne, a surowicą pochodzenia płoniczego można otrzymać znów wyniki dodatnie z paciorkowcem innego pochodzenia. Różne metody, podane przez autorów, prowadzą do tych samych wyników. Wyniki te świadczyłyby, że aglutynacya paciorkowca nie nadaje się jako metoda serodyagnostyczna zakażeń paciorkowcowych i nie może być zużytkowaną do rozstrzygnięcia pytania o swoistości paciorkowca w płonicy.

Lewkowicz.

Lenhartz. **Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgordzeniowych.** (*Müncheuer med. Wochs.*, Nr. 12, 1905). Doświadczenia autora, nabyte w ostatniem dziesięcioleciu na 45 przypadkach, upoważniają go do wniosku, iż pod względem leczniczym nakłucie lędźwiowe prawie zawsze sprawia ulgę choremu i że wpływając na samą sprawę chorobową, częściej, niż dawniej, zażegnuje niebezpieczeństwo, grożące życiu młodych osobników. Za jedyny warunek niezbędny uważa L. regularne i dość częste stosowanie powyższego zabiegu, dającego się wykonać w każdym domu bez większych przygotowań. L. wbija kaniulę w linii środkowej pomiędzy 2 wyrostkami kolczystymi, oznaczając sobie to miejsce jako najodpowiedniejsze, w którem stos pacierzowy krzyżuje się z prostopadłą, pociągniętą od grzebienia miednicy ku stosowi; na jednem posiedzeniu nigdy więcej, niż 50 gramów płynu nie wypuszcza, kontrolując ciągle wysokość ciśnienia. Ze swej kazuistyki przytacza L. pięć przypadków bardzo ciężkich, w których nakłucia nietylko w pierwszych dniach choroby wywierały korzystny wpływ na rozmaite przypadłości, ale też w późniejszych okresach choroby; szczególnie zasługuje na wzmiankę przypadek, tyczący się robotnika 21-letniego, u którego w 6 tygodniu choroby wystąpiły objawy rozpoczynającego się ostrego wodogłowia; po 2 nakłuciach i wypuszczeniu 25, względnie 37 ctm. sześcien., stan chorego rychło się poprawił, ale w 2 dni później powtórzono znowu nakłucia wobec ponownego pogorszenia się choroby; odtąd chory stopniowo przyszedł do siebie i w 3 tygodnie zupełnie wyzdrowiał.

Korm.

Reyher. **Przyczynek do kwestyi zapotrzebowania pokarmowego i energijnego oseska przy piersi.** (*Jahrb. für Kinderh.* Tom 61, kwiecień 1905). Dotychczas istniało tylko jedno jedyne spostrzeżenie, w którem wszystkie karmienia w ciągu całego okresu żywienia piersią i odstawiania dokładnie oznaczono wagowo i zestawiono, mianowicie spostrzeżenie Feera. Przybywa drugie podobne spostrzeżenie, przeprowadzone na dziecku autora. Dziecko przez cały czas nie okazywało żadnych zboczeń. Karmione było w pierwszych dwóch miesiącach przeważnie siedem razy na dobę, później najczęściej sześć razy. Ilość pokarmu na dobę osięgła w paru dniach 500 gramów, z końcem 1-go miesiąca 600, z końcem 2-go mies. wynosiła około 700, z końcem 3-go 800 gramów, następnie zaś raczej zaczęła się zmniejszać i wahała do 7-go miesiąca około 750,0. Odtąd zaczęło się dokarmianie, szybkie opadanie pokarmu naturalnego i również szybkie wznoszenie się dostarczanego mleka krowiego. Pokarm był wogóle skąpy i przeważnie trzeba było podawać obie piersi za każdem karmieniem. Mimo to dziecko przybywało stale na wadze i osiągnęło z końcem 40-go tygodnia ciężar 7815 grm. wobec początkowego ciężaru przy urodzeniu 3290 grm. Przybywanie to było dziwnem wobec małej ilości pokarmu. Jak wiadomo, Heubner wygłosił zasadę, że do prawidłowego rozwoju potrzebuje osesek 100 wielkich kaloryi dziennie na kilogram swej wagi („iloczyn energijny“); jeżeli ta ilość spada do 70 kaloryi, dziecko nie może przybywać. Wobec tego, że mleko kobiece zawiera przeciętnie około 650 kaloryi w litrze, to iloczyn energijny był pozornie bardzo blizki 70 kaloryi. Sprawę wyjaśniło dokładniejsze zbadanie chemiczne mleka matki i oznaczenie wartości kaloryjnej. Okazało się, że mleko było bardzo bogate w tłuszcz; odsetek wynosił 4.5—5, a w czasie odstawiania 5—6, temsamem jego wartość kaloryjna bardzo wysoka około 765. Iloczyn energijny był też aż do 16-go tygodnia wyższy niż 100, a następnie dopiero opadł nieco poniżej 100. W ten sposób skąpość mleka była zrównoważoną jego wysoką wartością energijną. W następnym artykule „O zawartości tłuszczu mleka kobiecego“ podaje autor zasady, których należy się trzymać przy oznaczaniu tej zawartości.

Lewkowicz.

Rietschel. **Przyczynek do poznania wymiany kreatyniny u oseska.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, kwiecień 1905). Kreatynina w moczu pochodzi prawdopodobnie częściowo z pokarmów, częściowo z tkanki mięsnej. U dorosłych nawet po parotygodniowem głodzeniu (Succi) daje się wykazać. Badania autora wykazują, że u osesków zdrowych przy piersi, lub żywionych polewką Kellera, nie udaje się stwierdzić w moczu ani śladu kreatyniny, co autor odnosi do pokarmu wolnego od kreatyniny i przypuszczalnie do gromadzenia przez oseska azotu. U osesków gorączkujących udawało się wykazać ślady, u osesków, którym podano wyciąg mięsny Liebiga, znaczne ilości kreatyniny.

Lewkowicz.

Zappert. **O paradoksalnem poceniu się u dziecka.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). U 6-letniej dziewczynki, żydówki, występowało począwszy od 2-go roku życia obfite pocenie się, obejmujące najpierw grzbiet rąk, potem stronę wyprostną przedramion i ramion, potem kark, wreszcie piersi, a, co szczególne, że zawsze po zadziałaniu zimna i to głównie w porze zimowej. Stan ten okazywał skłonność do poprawy. Autor uważa zboczenie za nerwicę i wspomina o analogicznym przypadku u żydka 14-letniego, opisanym w r. 1899 przez Marischlera.

Lewkowicz.

Neurath. **Kliniczne badania zapalenia przednich rogów szarej istoty rdzenia.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Zestawienie 240 przypadków, spostrzeganych ambulatoryjnie w wiedeńskiej poliklinice. Z szczegółów mniej znanych zasługują na uwagę objawy zwiastunowe, występujące niekiedy przed właściwym początkiem choroby: znużenie, brak łaknienia, niechęć do biegania, kulanie przemijające, drżenie i osłabienie ręki; a znów w gorączkowym okresie początkowym bolesność zajętych części przy obmacywaniu, dotycząca skóry i mięśni, jakoteż samoistne bole w karku i grzbiecie. Rzadziej i wyłącznie tylko przy porażeniu dolnych kończyn pojawiają się wtedy także zaburzenia w wydalaniu moczu: bole przy moczeniu, zatrzymanie moczu, lub moczociek.

Lewkowicz.

Moro. **Morfologiczne i biologiczne badania nad bakteryami kiszkowemi oseska.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Przeważna część kału oseska składa się z bakteryi. Od czasów badań Eschericha wiadomem jest przytem, że kał ten, badany drobnowidowo, robi wrażenie hodowli czystej prątka smukłego, okazującego niekiedy na końcach zgrubienia, lub rozwidlenia i nie odbarwiającego się przy barwieniu metodą Grama. Robiąc zwykłe hodowle, otrzymujemy w przewadze prątek kałowy (*b. coli*), odbarwiający się Gramem. Escherich sądził, że prątek ten w stolcach oseska, bogatych w tłuszcz, może się nie odbarwiać. Zapatrywanie to okazało się błędnem, jak to wykazały badania Tissiera. Prątek, znajdujący się w stolcach oseska prawie w czystej hodowli, jest beztlenowcem i przy zastosowaniu zwykłych sposobów hodowania nie wyrasta tak, że wtedy na pierwszy plan wysuwają się prątki kałowe. Otrzymać go można przeciwnie łatwo w hodowlach w agarze cukrowym głębokim. Jestto *b. bifidus communis*. Autor potwierdza to podanie Tissiera, opisuje cechy morfologiczne i hodowlane prątka rozwidlonego i kilku innych, obok niego najczęściej w stolcach oseska napotykanych bakteryj anaerobijnych i aerobijnych. *Lewkowicz.*

Stirnimann. **Gruźlica w pierwszym roku życia.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Autor daje zestawienie 42 przypadków zupełnie pewnej gruźlicy, stwierdzonej pośmiertnie na 591 przypadków badanych (7, 1%). Chłopcy byli dotknięci częściej, niż dziewczęta (10, 3 i 5, 4%). W przeważnej liczbie (88%) była gruźlica wprost przyczyną śmierci, rzadko przypadkowem powikłaniem (2, 3%), lub jej znaczenia nie można było określić (9, 4%). Nigdy nie stwierdzono ani śladów spraw, któreby mogły świadczyć o skłonności do wyleczenia. Następuje przegląd głównych i pobocznych umiejscowień sprawy gruźliczej, jakoteż i objawów klinicznych. Płuca zajęte są najczęściej (60, 9%), rzadziej jednak nieco, niż u dorosłych (76, 6%). Rozpoznanie gruźlicy płucnej u osesków opiera się na stwierdzeniu stłumień, niekiedy bardzo nasilonych bez wybitnego bębenkowego odcienia, stanu bezgorączkowego, lub tylko nieznacznych wzniesień gorączkowych i silnego, stale postępującego zaniku. Gdy z powodu rozwoju świeżych prosówkowych gruzełków, lub towarzyszącego zapalenia zrazikowego płuc istnieje wyższa gorączka, rozpoznanie staje się niemożliwe. Nacieki zajmują często płaty dolne (przeciwnie jak u dorosłych), a płuco prawe znacznie częściej zostaje zajęte, niż lewe, lub też zajęte są oba. Nie tak rzadko przychodzi do wytworzenia jam gruźliczych. Przy zaniku osesków należy zawsze myśleć o możliwości gruźlicy. Często jednak nie zdołamy za życia stwierdzić żadnego umiejscowienia. Rozpoznanie gruźliczych ognisk w kościach, gruczołach, zapalenia gruźliczego opon nie przedstawia wielkich trudności. Gruźlicy prosówkowej nigdy na pewne za życia rozpoznać nie zdołano. Objawy zaczęły się u 2-ch dzieci zaraz po urodzeniu; jedno miało powiększone gruczoły, drugie kaszel. Widocznie chodziło o zakażenie łożyskowe. U innych przypady rozwinęły się później. Śmierć nastąpiła najczęściej w drugim lub trzecim kwartale pierwszego roku życia (razem 66, 5%). *Lewkowicz.*

Kraus. **Przyczynek do zagadnienia trwałości surowicy przeciwbłoniczej.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Odpowiedź na artykuł Schön-Ładniewskiego. Badania surowic, przechowanych przez kilka miesięcy, a nawet 1—2 lat, wykazały, że utrata siły antytoksycznej w niektórych surowicach prawie zupełnie nie następowała, w innych wynosiła $^1/_7$—$^1/_3$, w każdym razie mniej, aniżeli połowę. Takie serye zostają z handlu zaraz po stwierdzeniu ubytku wycofane. *Lewkowicz.*

Frenkel i Langstein. **O wrodzonym rodzinnym niedokształcie móżdżku.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Opis objawów u trojga rodzeństwa w wieku od 4—12 lat. U dwóch z reszty rodzeństwa zresztą zdrowych, stwierdzono, podobnie jak u chorych, drżenie gałek ocznych. Objawy polegały głównie na niezborności, jak ją autor nazywa „tułowiowej": Chód szerokosiadowy, niemożność utrzymania tułowia w spokoju, a zwłaszcza niemożność balansowania na jednej nodze, choćby na sekundy. Chód odbywa się bez pomocy. W dwóch innych przypadkach dalej posuniętych stanie i chód były niemożebne. Cechującem byłoby dla obrazu chorobowego połączenie ogólnej hipotonii mięśni z podwyższeniem odruchów ścięgnistych, bez odruchu Babińskiego. Od niezborności dziedzicznej Friedreicha choroba różniłaby się zachowaniem, lub wzmożeniem odruchów ścięgnistych, brakiem zmian w czuciu, brakiem skrzywienia kręgosłupa, końskiej stopy, pojawieniem się we wczesnem dzieciństwie, przebiegiem niepostępującym. Obraz ma się także różnić od dziedzicznej niezborności móżdżkowej, opisanej przez Marie, gdyż ta rozwija się w wieku ponad lat 30, cechuje się skurczowymi objawami i przebiegiem postępującym. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Kacnelson. **Prawidłowa i patologiczna pobudliwość odruchowa błony śluzowej dwunastnicy.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904 r.). K. badał i porównywał w pracowni prof. Pawłowa odruchy zdrowej i chorej błony śluzowej dwunastnicy, oddziaływującej na ruchową czynność żołądka. Już Bołdyrew wykazał, że u zdrowych psów naczczo istnieje zawsze prawidłowa praca okresowa większej części przewodu trawiennego, zarówno ruchowa, jak i wydzielnicza. K. badał zachodzące w tej pracy zmiany przy różnych podrażnieniach błony śluzowej dwunastnicy; badanie przeprowadzał na psie z przetoką żołądkową w dnie żołądka i z przetoką jelitową Thiry-Vella, wykonaną w ten sposób, że odcinek jelita długości 25 ctm. obejmował dolny odcinek dwunastnicy i górny jelita czczego. U psa tego w ciągu 6—7 godzinnych doświadczeń dały się zauważyć 3—4 wspomnianych okresów, które ustępowały miejsca okresom wypoczynku, trwającym 1—$2^1/_4$ godz.; okres pracy składał się z 5—10 oddzielnych skurczów, z których każdy trwał 5—10''; przerwy między skurczami wynosiły 1—2'; podczas okresu pracy żołądek wydzielał śluz w ilości 0,5—5 sz. ctm. w 1'. W czasie tej pracy okresowej żołądka K. wlewał do odcinka jelitowego przez przetokę 0,1% HCl: skurcze żołądka natychmiast ustawały przez czas wlewania (zwykle 1') i powstawały znów po $^1/_2$—1 godz., licząc od początku wlewania; nowe te skurcze niczem nie różniły się od zwykłych pod względem siły i częstości; następny okres czynny występował w swoim czasie. Na podstawie tego K. uważa 0,1% HCl, jako fizyologiczny bodziec drażniący dla błony śluzowej jelit cienkich. Inaczej się dzieje w razie podrażnienia błony śluzowej jelita 0,5% HCl. Jakkolwiek skurczowa praca żołądka nie ustaje, skurcze nabierają cechy podniecenia: liczba, siła i długotrwałość ich zwiększa się, linie wstępująca, zstępująca i szczytowa na krzywych skurczu stają się nierównemi; w dniach następnych czynność skurczowa po wlewaniu ma cechy depresyi, co wyraża się mniejszą wysokością i długotrwałością wzniesień na krzywej, ostrym szczytem i pionowem opadnięciem niżej abscisy kolana zstępującego; prawidłowa czynność żołądka następuje dopiero na 6—9 dzień. Wreszcie wlewanie 0,5% HCl do odcinka jelitowego tłumi i wydzielniczą czynność żołądka. Na podstawie tego K. uważa 0,5% HCl za bodziec patologiczny dla jelita. Dalsze doświadczenia K. wykazały, że wlewanie 0,1% HCl do odcinka jelita po poprzedniem wlewaniu 0·5 HCl nietylko nie tamuje, lecz przeciwnie podnosi skurczową czynność żołądka aż do stanu drgawek. Ten stan może być zniesiony przez wlewanie do jelita $^1/_3$% dwuwęglanu sodowego. Na podstawie tych doświadczeń K. przychodzi wreszcie do wniosków następujących: 1) błona śluzowa dwunastnicy i górnego odcinka jelita czczego jest źródłem odruchów na ruchową i wydzielniczą czynność żołądka; 2) kwas solny jest czynnikiem tych odruchów: 0,1% roztwór przedstawia czynnik prawidłowy, 0,5% patologiczny; 3) prawidłowy czynnik podniecający (0,1% HCl) ze zdrowej błony śluzowej tamuje, z patologicznie zmienionej — zwiększa okresową kurczliwość żołądka; 4) patologiczny czynnik (0,5% HCl) tamuje wydzielniczą czynność gruczołów żołądkowych; 5) ponieważ inne środki drażniące (zawiesina gorczycowa) nie sprowadzają tych zmian, co HCl, to ten ostatni należy uważać jako swoisty czynnik dla odruchów z jelita na okresową pracę skurczową żołądka. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bremener. **Wpływ toksyny błoniczej na wymianę azotu i soli u zwierząt.** (*Miedicinskoje Obozrenije*, 1904, Nr. 8—9). Badania przemiany materyi u psów i kotów pod wpływem toksyny błoniczej, przeprowadzone przez B., wykazały, że toksyna ta wywołuje wzmożony rozkład białkowy i znaczne obniżenie przyswajania białkanów z pokarmu; wydzielanie chlorków podnosi się i przewyższa prawie o 2 razy wydzielanie azotu, co wskazuje na rozkład komórek i tkanek, zawierających dużo chloru; wydzielanie fosforanów również spotęgowuje się w większym stopniu, niż należałoby oczekiwać odpowiednio do ilości azotu; waga ciała obniża się, ilość moczu zmniejsza się, *t* podnosi się. Wszystkie te zmiany występują w pierwszym okresie zatrucia toksyną i są tem więcej wybitne, im większą jest dawka. W następowym okresie, trwającym aż do śmierci, przemiana materyi i *t* spadają niżej normy. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bennoma A. **Badania nad mlekiem pasteryzowanem.** (*Chem. Zg.* 182—183). Jeżeli mleko będziemy ogrzewać w ciągu $^1/_4$ godz. do ciepłoty 66° C., wówczas giną laseczniki kwasu mlekowego, a zostają tylko drobnoustroje kwasu masłowego. Autor przekonywał się o tem, czy mleko jest pasteryzowane, w ten sposób, że wstawiał próby w flaszkach jałowych do cieplarki przy 37° C. Jeśli w ciągu 24 godz. wytworzyły się gazy i kwas masłowy (charakterystyczne laseczki), wówczas mleko było dobrze pasteryzowane; w przeciwnym razie wytwarza się kwas mlekowy bez gazów. Mleko przegrzane wyżej 65° C. nie daje próby Storcha (zabarwienie niebieskie zapomocą H_2O_2 i p-phenylendiaminu). *Gertler.*

Gordan P. **Czy woda utleniona (H_2O_2) nadaje się do wyjałowienia mleka?** (*Centr. f. Bact.*, Bd. XII, Nr. 22—23). Budde podał sposób wyjałowienia mleka przez dodanie małej ilości wody utlenionej i ogrzanie mleka do ciepłoty 40° C. Kontrolę tych doświadczeń przeprowadził Gordan i przekonał się, że małe ilości H_2O_2, zalecane przez Buddego, nie wyjaławiają mleka; większe nieco ilości powstrzymują rozwój drobnoustrojów, a dopiero potrójna ilość wody utlenionej, dodatek $10^5/_{100}$ cm³ roztworu 30% przetworu Mercka na 1 litr niszczy drobnoustroje. Dodatek tak wielkiej ilości wody utlenionej wytwarza nieprzyjemny smak mleka i dlatego sposób ten nie nadaje się do wyjaławiania mleka. Równoczesne ogrzanie i dodatek wody utlenionej ma tylko małe znaczenie. *Gertler.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Błonicę i zapalenie mieszkowe migdałków leczył Justi (*Münch. med. Wochs.*, 1904, 49) pędzlowaniami 5% roztworem kolargolu (3 × dnia). Podaje on, że w 6 przypadkach błonicy nastąpiło przy tem leczeniu wyzdrowienie w 5 dniach, gdy w jednym, surowicą leczonym przypadku, dopiero po dniach 10. Zapalenie mieszkowe miało ustępować w ciągu 24 godzin. *H.*

Przetwory salicylowe, stosowane zewnętrznie, porównywał między sobą P. Müller (*Deutsche med. Wochs.*, 1904, 37). Działanie ich w cierpieniach gośćcowych, jako leków głównie objawowych, jest mniej więcej jednakie, różnią się one tylko między sobą tem, że jedne częściej, inne rzadziej, wywołują niemiłe skutki uboczne w postaci zadrażnienia skóry, jej zapaleń, a nawet cięższych postaci wyprysku. Odznacza się tem szczególnie *ol. gaultheriae;* lepszym już jest mesotan, zwłaszcza rozcieńczony do połowy oliwą. Najwyżej jednak stawia M. ze wspomnianych względów salit, oraz salocreol, który nadaje się też do leczenia róży i obrzęków gruczołów chłonnych. Mieszaniny maści, olejów i mydeł z kwasem salicylowym (jak reumasan i t. d.) mocno drażnią skórę, a działają tylko bardzo słabo. *H.*

W zapaleniu płuc używany bywany bywa w Ameryce kreozotal. Zandt (*Ther. Gaz.* 1904, 6 i *The med. Council. 1904, Oct.*) zestawił 1130 tak leczonych przypadków, z których tylko 56 zakończyło się śmiercią i zauważa, że pomyślnego działania można oczekiwać tylko po wielkich dawkach tego leku, co potwierdza Stivers (*Brooklyn med. Journ.* 1904, *Nov.*). Lek najlepiej podawać w zawiesinie (10—12 grm. na dzień dla dorosłych), której według Helcha (*Pharmac. Prax.* 1904, 8) można nadać trwałość, ogrzewając ją na parze lub w kąpieli wodnej do 80—90° C. Zawiesinę taką przyrządza się zaś według następujących przepisów: 1) *Creosotal 200, Gummi arab. 100, Aq. dest. 150 Mf. emulsio et adde aq. dest. 150.* (Dzieciom w pierwszym roku życia 15—30 kropli, starszym ½—2½ łyżeczek): 2) *Creosotal 3, Emuls oleos. 80, Syr. liquir. 40.* (Naprzód wlewa się do flaszki 12 *Muc. gummi arab.*, potem 8·0 *Ol. amygd.*, po 3·0 kreosotalu i *Trac Quillayae* i wstrząsa aż do powstania zawiesiny, dodając w końcu syrop i brakującą wodę. Z tego oseskom podaje się 2—4 łyżeczek, starszym dzieciom ¼ część flaszki na dzień). Świeżo także Walser (*Medico* 1905, 4) zaleca kreozotal w zapaleniu płuc. *H.*

Różę leczył Feldmann (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 3) w jednym przypadku, w którym z powodu gorączki 40·8° C. i słabnącego tętna musiano już stosować *excitantia*, wcieraniem maści Credego (*argent. colloidale*). Po pierwszem wtarciu spadła ciepłota na 39°, po drugiem na 37·3°, nie podnosząc się już wyżej mimo, że róża jeszcze czas jakiś dalej się szerzyła. *H.*

W ostrej rzeżączce, nie mogąc z jakichkolwiek powodów wcale użyć leczenia miejscowego, — w przewlekłej zaś, jeżeli samo leczenie miejscowe nie wystarcza, trzeba się uciec do środków wewnętrznych. Z nich rozpowszechnia się w ostatnich czasach gonosan. Melun (*Monatsber. f. Urol.* 1905, 1) określa na podstawie swych spostrzeżeń wskazania dla tego środka, jak następuje: 1) poparcie leczenia miejscowego leczeniem wewnętrznem: 2) samo tylko leczenie wewnętrzne wobec burzliwych objawów rzeżączki przedniej części cewki, wobec ostrego zapalenia części tylnej i pęcherza, gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych, najądrza i t. d., lub wobec wrażliwości chorego. *L.*

Przeciw **bólom** w toku **zapaleń ucha** zewnętrznego i środkowego poleca Meier (*Heilkunde,* 1904, 11), jako lek objawowy aspirynę, która (również tylko objawowo) łagodziła także podniecenie w dwóch przypadkach zapalenia opon pochodzenia usznego. Natomiast w przypadkach posocznico-ropnicy tegoż pochodzenia nie wywierała aspiryna żadnego wpływu na objawy. *S.*

W róży podaje Grawitz od szeregu już lat wewnętrznie chininę, w ostatnich czasach także aristochinę, z czego na podstawie 107 spostrzeżeń zdaje sprawę Lotsch (*Rozprawa dokt. Berlin* 1904). Na dzień podawano 0,5—2,0 chininy *in dosi refracta;* znane przykre uboczne działanie chininy rzadko się przytem pojawiało, uniknąć go zresztą można, używając aristochiny, która obniża gorączkę w róży nie gorzej od chininy. Przebieg choroby przy tem leczeniu wyraźnie się skraca. *Zm.*

Wrzody czerwonkowe odbytnicy goją się według Kolbassenki (*Fortschr. der Med.* 1904, 33) niekiedy nadspodziewanie szybko przy użyciu następnych czopków: *Ichthyol gtt.* II—VI *Xeroform* 5—8, *Antipyr.* 6—8, *Bism. subnitr.* 15—20, *Lanol. et butyr. cacao aa q. s. u. f. supp. Nr. X. S. 1—2 czopki dziennie.* Przy wrażliwości kiszki zamiast ichtyolu zapisuje się makowiec. *H.*

Styptycynę jako *haemostaticum* w krwawieniach i krwotokach macicznych poleca ponownie prof. Freund (*Therap. Monatsh.* 1904. VIII i *Deuts. med. Wosch.* 1904, 52). Wewnętrznie podaje się dziennie 6—10 kołaczyków à 0,05; według F. wystarcza 20 kołaczyków do utamowania nawet wielkich krwawień; zresztą można wobec nieszkodliwości leku leczenie w miarę potrzeby przedłużać. Można też do tamowania krwotoków użyć styptycyny miejscowo. — Z piśmiennictwa, które J. zestawia (53 prac) wynika, że styptycyny używano ze skutkiem także wobec krwotoków z innych narządów (płuc, jelit, pęcherza) w dawce 0,10 (= 2 kołaczyki) 4—5 razy dnia. Skutów szkodliwych niezauważono nawet po dużych dawkach (0·4 *pro die,* Thumen *Aerztl. Runds.* 1904, 40). Prof. Peschel (*Deuts. med. Wochens.* 1904, 44) zastosował styptycynę ze skutkiem w okulistyce, mianowicie w *chorioiditis haemorrhagica.* *M.*

Isopral podawał Selka (*Pharm. u. Ther. Runds.* 1905, 2) u 22 chorych 1 kliniki psychiatrycznej w Wiedniu (8 paralityków, 5 przyp amencyi, 3 hebefrenii i t. d.) i uzyskał u 8 wynik mierny, u 8 dobry, u 4 bardzo dobry; 2 razy lek nie skutkował. Dawka 0,25 nie działała, 0,5 nie zawsze, przeto S. uważa 1.0 za zwykłą dawkę nasenną, zwykle u obłąkanych wystarczającą. Trzeba ją jednak podawać naraz, nie *in dosi refracta.* Sen był wprawdzie lekki, ale zato po obudzeniu się chorzy czuli się swobodni. Jako lek uspokajający i kojący ból isopral się nie nadaje, bo działa pod tym względem zbyt słabo lub wcale nie działa. *B.*

Metaphenylendiamin jako środek **przeciwbiegunkowy** wypróbował na sobie i swej rodzinie pierwszy Prof. Rademeister, chemik. Sprawą tą zajął się obecnie Prof. Unverricht, w którego klinice podjął obecnie Boye (*Centr. f. inn. Med.* 1905, 4) pierwsze doświadczenia na większą skalę. Metaphenylendiamin (metadiamidobenzol) jest krystalicznym, w wodzie, alkoholu i eterze łatwo rozpuszczalnym, przy 63° C. topiącym się proszkiem. Dla ustroju nie jest obojętnym (króliki giną w drgawkach po zadaniu im 1 g. wewnętrznie), jednakże w dawce 0,01 u dzieci, a 0,1 u dorosłych 3 razy dziennie zdaje się nie działać szkodliwie, tylko mocz przybiera zabarwienie ciemnobrunatne, (u zdrowych słabsze, niż u chorych na jelita). Wyniki lecznicze były dobre w ostrych biegunkach, szczególnie u 30 dzieci; natomiast lek zawodził zupełnie w cierpieniach przewlekłych i u suchotników. B. zachęca do dalszych badań, ostrzega jednak, by u dorosłych nie przekraczać dawki 0,3! trzy razy dnia. Lek nosi w handlu także nazwę lentin. *M.*

Tak zwana **„Kraftnahrung“** Riedla jest przetworem, uzyskanym przez wysuszenie mieszaniny słodu z żółtkiem, zawiera zatem rozmaite rodzaje białka. Według Zuntza zaś (*Berichte der Pharm. Ges.*), ustrój przyswaja więcej białka z takich mieszanin różnych białek, niż z białka jednogatunkowego, zawierającego równą ilość azotu. Clemm (*Cntrbl. f. Stoffwechsel- u. Verd. Krankh.* 1905, 5) wypróbował pożywkę Riedla u 7 chorych, nie zmieniając zresztą w niczem ich sposobu życia, ani dyety; osiągnięto wyborne wyniki (wzrost wagi ciała w ciągu miesiąca o 3—5 kg). przypisać więc można samej pożywce. *Ll.*

Thiolu używał Loredde (*Fortschritte der Medizin,* 1905, 8) jako słabego środka redukującego, mogącego z tego względu zastąpić ichtyol, w praktyce dermatologicznej. Dobre wyniki osiągnął w doleczaniu ustępujących wyprysków ostrych (pędzlowania roztworem wodnym lub glicerynową mieszanką), w *eczema seborrhoicum* głowy (5—10% maść); szczególnie dobrze działał thiol w wypryskach, połączonych ze znacznym świądem. Używać można thiolu z korzyścią także w początkach leczenia otrętu (*intertrigo*), w doleczaniu ustępujących zapaleń skóry, sztucznie wywołanych (półwilgotne okłady ½—1% roztworem thiolu w wodzie przegotowanej). Przedewszystkiem jednak jest thiol wskazany w leczeniu wyprysków u dzieci i w rozmaitych postaciach świądu (*pruritus*). *Ll.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 31 marca 1905 r.

Obecnych członków 45. Przewodniczy: kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Nowicki zdaje sprawozdanie bakteryologiczne z ostatniego przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, w którym wykonano kilka godzin przedtem nakłucie lędźwiowe i wydobyto płyn ropny, zawierający dwoinki, położone śródkomórkowo, odbarwiające się metodą Grama.

Kol. Progulski podnosi, że sprawa odbarwiania się meningokoków jest niejasna. Wail i Haidner przytaczają przypadki, gdzie w jednym i tym samym szczepie pewne koki się odbarwiały, inne nie.

III. Kol. doc. Wiczkowski zdaje sprawę ze sekcyi przypadku choroby Adissona, który przedstawił na ostatniem posiedzeniu. Sekcya wykazała zanik nadnerczy i zanik mięśnia sercowego; w innych narządach nie było żadnych takich zmian, któreby mogły być uważane za przyczynę śmierci.

Kol. prof. Sieradzki zapytuje, jak się zachowywał przewód pokarmowy, spostrzegał bowiem bardzo często w przypadkach, przez siebie sekcyonowanych, przerost tworów limfatycznych.

Kol. Nowicki stwierdził przy sekcyi nieżyt przerostowy żołądka, przerost gruczołów chłonnych z erupcyą gruzełków koło żyły bramnej i jednego gruczołu w okolicy nadnercza prawego. Gruczoły inne zmian nie okazywały.

IV. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą, u której w r. 1903 rozpoznał *cirrhosis hepatis atrophica*. U tej chorej wypuszczano kilkakrotnie płyn z jamy brzusznej, który nagromadzał się jednak prędzej lub wolniej, ostatnim razem już w przeciągu dni dwunastu. To go skłoniło do poddania chorej operacyi sposobem Talmy (prof. Rydygier). Skutek, jak dotąd, bardzo pomyślny (upłynęło już osiem tygodni od operacyi), chora czuje się bardzo dobrze. Prelegent oprócz tego przypadku oddał jeszcze trzy chore do operacyi (prof. Ziembicki), z tych dwie z wynikiem dodatnim, trzecia chora umarła, gdyż uległa powikłaniu w postaci zapalenia osierdzia. Stąd wysnuwa pewne wnioski: chorych z pewnem rozpoznaniem należy oddawać do operacyi, zwłaszcza że medycyna wewnętrzna jest bezsilną wobec tej choroby, — byle nie było zwyrodnienia w narządach, szczególnie w wątrobie i powikłań ze strony serca i osierdzia.

Kol. Franke podnosi, że statystyka kliniki lekarskiej lwowskiej pod tym względem brzmi niepomyślnie. Z pięciu przypadków, oddanych do operacyi, dwa zmarły w kilka tygodni, inne wróciły z dawnemi zmianami.

Kol. prof. Ziembicki wyraża przekonanie, że do oceny statystycznej należałoby mieć pewne rozpoznanie i protokół operacyjny, nie mamy bowiem jeszcze ustalonych wskazań operacyjnych. Nadto mogą być inne jeszcze zmiany, które pogarszają rokowanie. W każdym razie operacya nie jest zbyt niebezpieczna i wobec ciężkości choroby należy jej próbować.

V. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą, u której przed dwoma miesiącami rozpoznał białaczkę szpikową. W tydzień potem wystąpiło poronienie, znaczna utrata krwi, lekka gorączka. Po ustąpieniu gorączki zastosowano leczenie wstrzykiwaniami atoksylu. Przed zaczęciem tegoż śledziona sięgała do kości biodrowej, ilość ciałek czerwonych wynosiła 1·622,000, ciałek białych 85,000, czyli stosunek 1 : 19; hgl. 42%. Po 31 wstrzyknięciach śledziona zmniejszyła się o $^{2}/_{3}$, ilość ciałek czerwonych podniosła się do 1,900000, ciałek białych spadła do 60,000, czyli stosunek 1 : 32. Stan ogólny poprawił się znacznie. Prelegent sądzi, że leczenie atoksylem wcale nie ustępuje leczeniu promieniami rentgenowskimi, a łatwiejszem jest do przeprowadzenia. Nadto prelegent podaje myśl na podstawie teoryi o działaniu promieni rentgenowskich i o działaniu przetworów arszenikowych, czy też przez zastosowanie równoczesne obu tych środków nie dałoby się osiągnąć pewniejszych i trwalszych wyników?

VI. Kol. Stankiewicz wygłasza odczyt: „O zatruciu mięsnem ze szczególnem uwzględnieniem epidemii lwowskiej.“ (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. prof. Sieradzki zwraca uwagę, że sprawa dostała się drogą prywatną w ręce kol. Stankiewicza, który przeprowadził badanie bakteryologiczne, sąd bowiem początkowo przekazał ją chemikowi, który szukał trucizn chemicznych. Dalej, na podstawie wyników badania bakteryologicznego można na pewno twierdzić, że mięso to nie pochodziło z rzeźni miejskiej, ale zostało sprowadzone z za Lwowa, i w takim przypadku, choćby było oglądane przez weterynarza miejskiego, może być zakażone.

Kol. prof. Kadyi sądzi, że zarazek nie mógł przedtem istnieć w mięsie, ponieważ musiałby zginąć przy gotowaniu, a przyprawienie studzieniny wymaga właśnie bardzo długiego gotowania.

Kol. Stankiewicz podaje kilka możliwości przeciw temu twierdzeniu. Naprzód podczas gotowania może jakiś kawałek wystawać nad powierzchnię i nie dojść do ciepłoty, w której ginie zarazek; następnie może kawałek mięsa, który z wierzchu wykazuje ciepłotę 100°, posiadać w środku tylko 70°. A zarazek ten, trzymany przez 10 minut w 70°, ginie; przy 65° stopniach jednak pozostaje przy życiu. Najważniejszą okolicznością jest to, że rzeźnik, który sprowadził mięso zakażone, ma tym jadem zanieczyszczone ręce, narzędzia i naczynia, więc każdej chwili może zarazek zawlec na swoje wyroby.

Kol. Obtułowicz przypomina jako dowód, że mięso może być zawleczone z za miasta, proces Katza, który pomimo wszelkich zarządzeń sprowadzał do Lwowa mięso wąglikowe. Co się tyczy tej epidemii, to w niektórych przypadkach występowały objawy ostrego zapalenia żołądka i jelit i to nieznaczne, przeważnie jednak silne objawy nerwowe.

Zawadzki.

VIII Posiedzenie naukowe z d. 14 kwietnia 1905 r.

Obecnych członków 50. — Przewodniczy: kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Łukasiewicz przedstawia: 1) dziecko czteroletnie z *erythema toxicum* na całem ciele. Dziecko przebywało z matką, która bierze wcieranie rtęciowe. Ważną jest rzeczą, że zresztą brak innych objawów rtęcicy.

2) Chorą z bardzo licznymi guzkami *xanthoma*, rozrzuconymi po całem ciele, wielkości prosa do orzecha laskowego, barwy żółtej lub różowawej, rozmieszczonymi symetrycznie, głównie w miejscach narażonych na ucisk. U chorej rozpoznano *cirrhosis hepat. hypertroph.* na podstawie powiększenia wątroby i żółtaczki; możliwe jednak, że w wątrobie toczy się ta sama sprawa, co na skórze.

3) Chorą 56-letnią z uporczywem *eczema universale*, które przez pięć miesięcy opierało się leczeniu. Prócz tego zaczęła występować gorączka do 39°, dla której nie można było znaleść podstawy. Dopiero po zastosowaniu atoksylu ustąpiło cierpienie skórne, a wraz z niem i gorączka.

4) Mężczyznę 72-let., charłaczego, dotkniętego *sarcoma idiopathic. multipl.* w postaci rozlanych nacieków sinoniebieskich na podudziach, grzbiecie nóg, podeszwach, grzbiecie palców. Choroba trwa od listopada r. 1904.

5) Chorego z *syccosis parasitaria*, chorobą, która niemal epidemicznie panuje w Galicyi; leczony był plastrem salicylowym z szybkim skutkiem.

6) Chłopca 11-letniego, charłaczego, z gruźlicą gruczołów i szczytów, u którego na skórze występuje *lichen scrophulosorum* w kombinacyi z *ichthyosis*.

7) Mężczyznę 30-letniego, dotkniętego przymiotem i okazującego *lupus erythematodes*, zajmujący cały policzek.

8) Mężczyznę 22-letniego z wysypką przymiotową, podobną do skorup ostryżanych. Przy leczeniu wcieraniami jedne wykwity ginęły, drugie się pokazywały. Dopiero po zastosowaniu wstrzykiwań sublimatowych zaczynają wszystkie zanikać.

III. Kol. prof. Gluziński przedstawia preparat z wady wrodzonej tętnicy płucnej, pochodzący z chorej, u której w roku 1902 rozpoznał: *stenosis ostii art. pulmonalis, defectus septi ventricular. suspectus*, na podstawie następujących objawów: sinica na twarzy i kończynach bez zgrubień palców, nad sercem szmer bardzo głośny, prawie wszędzie słyszalny, najwyraźniejszy w drugim przestworze po stronie lewej i nad mostkiem, bardzo słabo się udzielający do tętnic, nad tętnicą płucną pierwszy ton głuchy obok szmeru, drugi ton niezaakcentowany. Że zmiany zapalne w prawem sercu są nader rzadkie, rozpoznano ten stan jako *vitium congenitum; defectus septi ventriculo-*

rum zaś podejrzywano ze szmeru nad podstawą. Gdy w r. 1903 zgłosiła się znów ta chora z rozwiniętą gruźlicą płuc, wykreślono rozpoznanie *defectus septi*. Szmer nad podstawą rozszerzył się ku stronie prawej i tętnicy płucnej, jako szmer skurczowy. Sekcya wykazała, że zastawki tętnicy płucnej nie były rozdzielone, tworząc jakby przeponę, nad nią tętnica rozszerzona. Innych zboczeń nie było.

Kol. Pisek zauważa, że preparat robi wrażenie, jak gdyby zmiany na nim widziane były następstwem zboczeń wrodzonych i nabytych. Przepona zastawkowa okazuje bowiem w kilku miejscach zgrubienia, jakby następstwo zapalenia śródsierdzia. Mogło więc być wrodzone zwężenie, obok którego rozwinęła się sprawa zapalna, może w okresie płodowym. Za tem przemawia też brak komunikacyi między jedną jamą, a drugą. Wady zaś wrodzone prawie nigdy nie występują bez ubytku w przegrodzie. Stąd też należy podnieść z uznaniem rozpoznanie prelegenta, że rozpoznając wadę wrodzoną, nie wahał się wykluczyć obecność ubytku przegrody.

Kol. prof. Gluziński nie wyklucza możliwości sprawy zapalnej, przebytej w łonie matki; w każdym razie wada jest od urodzenia. Zgrubienia w *conus art. pulmonal.* mogłyby przemawiać za tem; brak blizn na zastawkach jednak przemawia za wadą rozwojową.

Kol. Pisek podnosi jeszcze, że rozpoznano zwężenie tętnicy płucnej pomimo udzielania się szmeru do tętnic dogłowowych, który to objaw w tem zboczeniu nie występuje.

Kol. prof. Gluziński odpowiada, że udzielenie to było bardzo słabe w tym przypadku. Może ono być wyraźne, jeżeli jednocześnie istnieje ubytek przegrody; wówczas może tętnica główna odchodzić od komory lewej i prawej zarazem.

IV. Kol. Fajersztajn L. przedstawia mężczyznę 37-letniego z naciekiem rakowym na prąciu, mającym 15 cm. w obwodzie, obejmującym całą żołądź i dolną część napletka, trwającym od lat czterech. Stosowano naświetlanie radem, jednak pomimo 25 posiedzeń nie zauważono najmniejszego oddziaływania, z czego wniosek, że przetwór ten radu, jako niemiecki, jest marny. Chory przed dziesięciu laty przebywał w szpitalu z rozpoznaniem: *oedema chronic. praeputii, lymphangoitis,* gdzie mu też z powodu stulejki zrobiono trzy nacięcia na napletku.

V. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą, która w październiku 1904 r. zachorowała na gardło, do czego przyłączyło się osłabienie, powiększenie gruczołów na szyi, następnie powiększenie brzucha, obrzęki śluzakowate tak, że szyi od twarzy nie można było odgraniczyć. Badanie wykazało: cera twarzy bardzo blada, liczne wybroczyny na skórze; gruczoły silnie powiększone, odosobnione i w całych pakietach, miernie twarde, niebolesne; skóra nad nimi przesuwalna. Błona śluzowa ust rozpulchniona, pokryta wybroczynami, migdałki powiększone, wrzodziejące, również owrzodzenia na łukach i języku *(tonsillitis et uvulitis gangr.)*. Śledziona znacznie powiększona, twarda, niebolesna. Brzuch wzdęty, napięty, wolnego płynu w jamie brzusznej nie ma.

Obraz ten przedstawiał się zewnętrznie jako białaczka; badanie jednak krwi wykazało obok cech niedokrewności, także stałą leukopenię i brak limfocytozy. Było mianowicie wielojądrzastych 65%, limfocytów małych 21%, limfocytów dużych 6%. Chora gorączkowała od początku pobytu w szpitalu z powodu *tonsillitis et uvulitis gangr.* i pomimo gorączki liczba ciałek białych się nie podnosiła.

Przez wykluczenie gruźlicy i zwyrodnienia mięsakowatego doszedł prelegent do prawdopodobnego rozpoznania: białaczki rzekomej, dodając, że klinicysta rzadko kiedy może podać ściśle i pewne rozpoznanie. Zastosowano leczenie wstrzykiwaniami atoksylu (20% rozczyn, 0·05—0·2 dziennie). Skutek był nadzwyczajny: po trzydziestu wstrzykiwaniach gruczoły znacznie się zmniejszyły, śledziona spadła do $^2/_3$ dawnej wielkości, ustąpił obrzęk śluzakowaty, a z nim objawy ogólne i przytępienie umysłowe. Pomimo tego polepszenia rokowanie pozostaje niepomyślne z powodu istoty samej choroby.

Kol. Mahl poddawał tę chorą, przed jej wstąpieniem do szpitala, naświetlaniu rentgenowskiemu, jednak bez skutku.

Kol. Merunowicz R. stwierdził u chorej ból w okolicy ucha prawego i utratę słuchu, które te objawy ustąpiły z polepszeniem stanu ogólnego.

Kol. prof. Gluziński: Objawy, jakie przedstawiała chora z początku, jak wysoka gorączka, zmiany na migdałkach, skaza krwotoczna na skórze, powiększenie gruczołów i śledziony, przemawiałyby za ostrą białaczką; temu jednak sprzeciwia się obraz krwi, bo niema limfemii, zresztą byłby się przypadek zakończył śmiercią. Trzeba więc oddzielić zmiany w gardle i gorączkę, jako zakażenie krwi, wychodzące z migdałków; resztę zaś objawów, po wykluczeniu „sarkomatozy", gdyż w niej jest zawsze leukocytoza wielojądrzasta, po wykluczeniu białaczki rzekomej, której rozpoznanie wymaga obecności typu limfemicznego krwi, należałoby uważać za jedną z postaci gruźlicy gruczołów: *lymphadenitis hyperplastica tuberculosa.*

Kol. Pisek uważa rozpoznanie: białaczki rzekomej za postawione z konieczności, gdyż choroby nie może ściśle określić. Zmiany na błonach śluzowych mogą być pierwszym etapem białaczki. W ocenianiu poprawy, jaka zaszła, można się łudzić skutecznością arszeniku, widział bowiem takie poprawy, występujące samoistnie.

VI. Kol. Damański przedstawia chorą z *thrombophlebitis migrans,* leczoną przyrządem Polana. Były obrzęki, przechodzące aż na tułów, puchlina brzuszna, nieco białka. Już po trzeciem posiedzeniu obrzęk zaczął się zmniejszać, po czternastu zdołano wybadać, że jest ciąża pięciomiesięczna. Mimo tego leczenia nie przerywano i obecnie ledwo jest ślad obrzęków.

Kol. prof. Mars objaśnia, że obrzęki te nie stoją w żadnym związku przyczynowym z ciążą, ale ciąża pogarsza rokowanie. Od pewnego czasu występuje obrzęk na sromie, zależny od rosnącej macicy, który, jeżeli się nie da usunąć, może doprowadzić do obumarcia tych części. Pozostaje poronienie, ale i to może mieć u tej chorej złe następstwa.

VII. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą, u której rozpoznano *morb. Addisoni* na podstawie nieznacznych zmian barwikowych na języku i wybitnego osłabienia serca, dla którego nie można było znaleść żadnej przyczyny.

VIII. Kol. Stankiewicz zdaje sprawę z badania pośmiertnego w pierwszym przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwierdzonym we Lwowie. Szczepienie ropy z opon wykazuje obecność samego *meningococcus intracellularis.*

Kol. Fels opisuje przebieg kliniczny tego przypadku. Cała choroba trwała osiemnaście godzin zaledwie. Gdy po dwunastu godzinach zrobiono nakłucie lędźwiowe, wyszła tylko kropla płynu. *Zawadzki.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Towarz. w dniu 3 maja 1905 r.

Przewodniczący: kol. doc. Rutkowski. — Obecnych czł. 20.

I. Protokóły z posiedzeń Towarz. w dniu 5/IV 1905 i 12/IV 1905 odczytano i przyjęto.

II. Przyjęto jednogłośnie na członków Drów: Kleska, Majewskiego, Schlanka, Lauera, Jakobsohna, Jaworowskiego, Jossego, Wojnarowskiego, Wierzbickiego i Przybylskiego.

III. Kol. Herman Hirsch okazuje kamyk, wydobyty z przewodu gruczołu podjęzykowego, jako przyczynek do tworzenia się kamieni w gruczołach, względnie przewodach ślinnych, tak zwanej *sialolithiasis.*

Chory F. S., lat 53, kupiec, już od lat kilku zauważył, że w pewnych odstępach czasu występował u niego obrzęk niebolesny pod językiem, który jednak bez dalszego leczenia po kilku dniach znikał; tym razem trwa znacznie dłużej, nie ustępuje i jest bolesnym. Z tej przyczyna zgłosił się o poradę. Prócz kamicy żółciowej, żadnych chorób nie przebywał; pali dużo, alkoholu używa w bardzo miernej ilości. Badanie wykazuje: osobnik dobrze odżywiony, o prawidłowych narządach wewnętrznych, ma obrzęk pod językiem, w postaci tak zwanej żabki (*ranula*), wielkości śliwki; na szczycie tego guza widoczny biały punkt, który przy badaniu sondą zdradza ciało twarde. Przy naciśnięciu dwupalcowem wyskakuje kamyk na 6 mm. długi, kształtu wrzecionowatego, barwy szaro-żółtej, chropowaty, kruchy, wewnątrz próżny, o budowie warstwowej, ważący 6·3 grm. Nieznaczne rozpulchnienie błony śluzowej całej jamy ustnej i wzmożone ślinienie towarzyszą zmianom przedmiotowym. Gruczoł podszczękowy nie jest powiększony. Po usunięciu kamyka obrzęk się zmniejszył i już po kilku godzinach nie można było nawet śladu obrzęku dostrzedz, a rozpulchnienie błony śluzowej i ślinienie dnia następnego ustąpiły w zupełności. Z objawów podnoszę brak znaczniejszej bolesności, brak obrzęku gruczołu podszczękowego i usadowienie kamyka poza *caruncula sublingualis*, a w uwzględnieniu opisanych zmian rozpoznać musiałem, że

kamyk pochodzi tylko z jednego z przewodów gruczołu podjęzykowego. Dotychczas jest opisanych 8 pewnych przypadków kamieni z gruczołu podjęzykowego, względnie przewodów Rivina.

Etyologia kamyków w gruczołach, względnie w przewodach ślinnych, jest niepewna. Najbardziej przyjęta jest teorya bakteryologiczna Klebsa i Galippa, według których to autorów włoskowiec jamy ustnej (*leptothrix buccalis*) osadza się na poprzednio zapalnie zmienionej błonie śluzowej, złogi zaś utworzone uważają jako wytwór biologicznej czynności tych drobnoustrojów. Mareau i Czygan przypuszczają, że około obcego, z zewnątrz do przewodu wnikniętego ciała tworzą się kamyki ze soli, w ślinie zawartych, analogicznie do tworzenia się kamieni w pęcherzu moczowym około ciał obcych. Temu sprzeciwiają się słusznie Imisch i Bardeleben, podnosząc, że w kamykach tych nie napotyka się ciała środkowego; owszem są one wewnątrz próżne, a nadto, według doświadczenia, ciała obce powodują zastój śliny, ropienie, względnie przetoki, a prawie nigdy nie są powodem tworzenia się kamieni w gruczołach, względnie przewodach ślinnych. Do usadowienia się tak licznych w jamie ustnej drobnoustrojów koniecznem jest, aby błona śluzowa była poprzednio zmienioną; prawidłowa błona śluzowa jest odporną; również nie wystarcza sam zastój śliny, za czem przemawia fakt, że w tak zwanej żabce (*ranula*) ciała obce znaleźć można, kamyków się jednak nigdy nie napotyka. Zależnie od tego, czy ujście przewodu jest mniej lub więcej dostępne, w różnych gruczołach ślinnych mniej lub więcej łatwo usadowią się drobnoustroje, a częściej też napotykamy kamienie w łatwiej dostępnym przewodzie Wartona, aniżeli Stenona, a najrzadziej w wązkich przewodach gruczołu podjęzykowego (*ductus Rivini*). Według statystyki Buchwalda, obejmującej 50 opisanych przypadków, znaleziono kamienie w gruczole podszczękowym i przewodzie Wartona 25 razy; w gruczole przyusznym i przewodzie Stenona 17 razy, w gruczole podjęzykowym i przewodach Rivina — 8 razy. Kamienie w gruczołach, względnie przewodach ślinnych tworzyć się mogą w każdym wieku, najczęściej między 30—50 rokiem życia: Burdel opisał przypadek u noworodka. Częściej się pojawiają według ogłoszonych zestawień u mężczyzn, aniżeli u kobiet (4:1); u mężczyzn z przyczyny mniej dokładnego pielęgnowania jamy ust, do czego się przyczyniają i szkodliwości, wynikające z palenia tytoniu. Zwykle się napotyka jeden większy kamyk. Sayders wydobył z przewodu Wartona 3, a Plater z gruczołu przyusznego aż 30 mniejszych kamyków. Przeciętna waga opisanych kamieni waha się między 5—20 gr.; największy ważył 93·5 gr.; Wengel opisuje kamień, ważący 282 gr., wydobyty z przewodu Stenona u konia. Kształt kamienia bywa różny; przeważa kształt podłużny, wrzecionowaty, szczególnie w kamieniach, wytworzonych w przewodach ślinnych. Powierzchnia bywa zwykle chropowata, brodawkowata. Barwa kamieni przeważnie szara, budowa ich warstwowa, a pojedyncze warstwy mogą być różnej barwy. Twardość kamieni zależy od składu chemicznego i może być w różnych warstwach różną. W chemicznym składzie kamieni przeważają sole wapniowe (fosforany i węglany wapniowe), a po rozpuszczeniu tychże pozostaje utkanie, które pod drobnowidem przedstawia się jako zbiór drobnoustrojów i zmienionych przybłonków. Objawy mogą być znaczne i nie zawsze w stosunku do wielkości kamienia; mały kamień wytworzyć może i wielkie dolegliwości, zależy to więcej od gruczołu, względnie przewodu, w którym się wytworzył. Zatkanie przewodu Stenona sprowadza obrzęki i tkliwość gruczołu przyusznego, wyjątkowo tylko większe dolegliwości. Najcięższe objawy są przy kamykach gruczołu podszczękowego, względnie przewodu Wartona. Rozległe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, obfite ślinienie, utrudnienie żucia, zmieniona mowa, obok podniesionej nieraz do 39° C. ciepłoty ciała, występują prawie równocześnie z wytworzeniem się twardego guza na dnie jamy ustnej, wypychającego język ku górze, ku podniebieniu. Gruczoł podszczękowy wyczuwalny, bolesny, twardy. Zbyt często występują napadowe bole już na samo wspomnienie o jedzeniu, tak zwane *coliques salivaires*. Objawy te dadzą się wytłómaczyć bliskością zwoju podjęzykowego.

Mniej burzliwe są objawy przy kamieniach, wytworzonych w przewodach gruczołu podjęzykowego; guz, podobny do tak zwanej żabki, niezbyt wielki i mało bolesny, położony więcej ku tyłowi, bliżej podstawy języka. Niezbyt wielkie ogólne dolegliwości przy zatkaniu przewodów gruczołu podjęzykowego dadzą się wytłómaczyć większą ilością przewodów tego gruczołu (8—12 przewodów Rivina).

Przebieg choroby zwykle długotrwały, rzadko powodujący zropienie gruczołu. Leczenie zawisłe od tego, czy kamień usadowiony jest w gruczole, czy w przewodzie, często bardzo musi być chirurgicznem.

IV. Kol. Bier: „O nowszych metodach fotometryi, stosowanych w higienie oświetlenia“. Omówiwszy na wstępie pierwotne sposoby, którymi posługiwano się dawniej przy ocenie stopnia oświetlenia miejsc przeznaczonych dla pracy delikatniejszej rzemieślniczej, oraz pisania i czytania, zaznaczył kol. B., że obecnie stosowane metody fotometryi higienicznej oparte są na 2 zasadach, uzupełniających się wzajemnie: na 1) określeniu warunków oświetlenia przez oznaczenie wielkości nieba, dostarczającego światła dla miejsc pracy, oraz na 2) zasadzie innej, według której dąży się do określenia stopnia chwilowego naświetlenia miejsca pracy. Druga zasada fotometryczna dostarczyła więcej metod, polegających bądź na mierzeniu przyrządami optycznymi — fotometr Webera, Wingena, bądź okulistycznymi: przyrząd Cohna; przyrządami Decenduna i Pfeiffera, w których zastosowano do mierzenia światła płytki okrągłe z wyciętą częścią i zasadę blendy — w końcu i metodą fotograficzną, ocenę oświetlenia powierzchni ze stopnia zczernienia papierka fotograficznego. Demonstrując odnośne przyrządy, objaśniał prelegent ich wartość ścisłą, naukową, oraz praktyczną. Do szeregu przyrządów optycznych zaliczyć należy jeszcze i fotometr najnowszy Martensa, który, badany przez prelegenta, łączy w sobie zalety ścisłości naukowej z wartością praktyczną, pozwalając na odczytywanie bezpośrednie znalezionej liczby metroświec. Do dawniejszych metod fotometryi, w których zastosowano zasadę określenia warunków oświetlenia miejsc pracy przez rąbek nieba, dostarczającego światła bezpośredniego, metod, polegających na określeniu pewnych kątów powierzchni (Förster) i przestrzeni (Weber), przybyła w ostatnim czasie nowa metoda Gottschlicha, oparta w znacznej mierze na metodzie Förstera. Metoda ta jednak, wychodząca z założenia, że warunki oświetlenia miejsc pracy w klasach szkolnych dobrze są zagwarantowane przez znaczną szerokość okien, wzgl. przez stwarzanie ścian, w których większą część powierzchni zajmują okna, metoda ta dla oceny warunków oświetlenia w naszych szkołach nie da się zastosować, gdyż sposoby budowania szkół u nas ze względu na szerokość okien nie odpowiadają wzorom zachodnim.

V. Z powodu spóźnionej pory odczyt prof. Wachholza spadł z porządku dziennego. *Pisarski*, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 11 marca 1905 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawił kol. Borzęcki dwunastoletniego chłopca ze zmianami na całym tułowiu i kończynach w postaci guzków wielokątnych, o woskowym połysku, barwy różowej, przechodzącej w brunatnawą z odcieniem sinym w częściach środkowych. Niektóre z guzków okazują w środku wyraźne zagłębienie. Oprócz pojedynczych guzków znajdują się wyniosłości, powstałe przez zlanie się większej liczby guzków, pokryte cienkiemi łuseczkami. Cierpienie to, trwające od lat kilku i sprawiające choremu dość znaczne swędzenie, rozpoznaje kol. Borzęcki jako *lichen ruber planus*. Rzadkim objawem tej choroby w dotyczącym przypadku jest właśnie pojawienie się jej w tak młodym wieku, jakoteż zajęcie tak rozległej powierzchni skóry. Następnie przedstawił kol. Borzęcki chorą ze zmianą na języku w postaci *lingua geographica*, zajmującą przybrzeżną część powierzchni z powierzchownem złuszczeniem błony śluzowej.

Następnie przedstawił kol. Reiss chorą, u której w okolicy mostka i w pasie międzyłopatkowym na dużej przestrzeni znajdują się żółtawo, lekko łuszczące się pola. Obraz kliniczny tych zmian usprawiedliwiałby rozpoznanie *pityriasis versicolor*. Badanie drobnowidowe wykazało jednak zupełny brak grzyba *microsporon furfur*. W przypadku tym rozpoznaje kol. Reiss *eccema du flanelle* (Besnier). Następnie przedstawił kol. Reiss chorego ze zmianami kiłowemi w postaci guzków dużych, pokrytych na szczycie pęcherzykami wypełnionymi ropą, a przypominających wejrzeniem osutkę ospową; guzki te rozsiane głównie na tułowiu, przedstawiają powrotną formę kiły: *syphilis pustulo-papulosa recidiva*. Wreszcie przedstawił kol. Reiss chorego z niezwykłą postacią *eczema seborrhoicum circinat.*

Na tem posiedzenie zamknięto. *Stopczański.*

IX. II. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem — od dnia I maja 1904 r. do dnia I kwietnia 1905 roku.

Opracował dla Zjazdu balneologicznego

Dr. Kazimierz Dłuski.

W maju r. z. przedstawiłem na posiedzeniu Towarz. lekarskiego w Warszawie I Sprawozdanie z 18-miesięcznej działalności Sanatoryum, które zostało ogłoszone w prasie zawodowej i dostało się do rąk licznych kolegów lekarzy polaków. Dziś, będąc powołanym przez Szanowny Wydział polskiego Towarzystwa balneologicznego do wygłoszenia odczytu na Zjeździe, wybrałem za temat „Sprawozdanie z działalności Sanatoryum" w ostatnich 11 miesiącach. Nie mogłem doprowadzić sprawozdania do końca roku, t. j. do 1-go maja, gdyż zestawienie i opracowanie materyału zabrało mi cały miesiąc czasu [1]. Musiałem więc zamknąć sprawozdanie z dniem 1 kwietnia r. b. Sądzę, że nie będzie ono obojętnem dla ogółu lekarzy polskich.

Zakład nasz, jako jeden z posterunków w walce całego naszego cywilizowanego społeczeństwa z gruźlicą, tylko przy poparciu i zainteresowaniu się lekarzy polskich może w sposób należyty i skuteczny spełniać swoje zadanie.

Przechodzę odrazu do sprawozdania. Zaznaczam na wstępie, że nie mam zamiaru wdawać się w żadne teoretyczne rozumowania, dotyczące sprawy gruźlicy. Jest tam jeszcze sporo zagadnień spornych lub niejasnych. Mamy nadzieję, że pracownie i kliniki rzucą na nie z czasem należyte światło. Ograniczam się tylko do faktycznych danych, zebranych w naszym Zakładzie i do wniosków, jakie z nich się wysnuwają.

Ogólna liczba chorych, leczonych w tym 10-miesięcznym okresie w Sanatoryum, wynosi 235, w tem Polaków 219, Rosyan 13, innych narodowości 3 (1 węgierka, 1 francuzka i 1 tatar-mahometanin z Litwy). Ogólna liczba dni leczenia wynosi 19,725, co przeciętnie na 1 chorego daje 80 dni. Sprawozdanie nasze nie obejmuje jednak całej liczby 235 chorych, lecz tylko 191. Wykluczyliśmy zeń 44 pacyentów, a mianowicie:

1) 27, którzy leczyli się w Sanatoryum mniej niż 30 dni, co uważamy za okres czasu minimalny dla określenia skutków leczenia;

2) 13, którzy w chwili zamknięcia sprawozdania nie byli jeszcze całych 30 dni w Zakładzie;

3) wreszcie 4 „profilaktyków".

Dla dokładności zauważyć musimy, że w liczbie 191 chorych, stanowiący przedmiot naszego sprawozdania, znajduje się 20 osób, które odbyły 2 razy leczenie w Zakładzie i 4 osoby, które je odbyły 3 razy.

Co się tyczy leczenia, stosowaliśmy ściśle znaną metodę Brehmera-Dettweilera. Unikaliśmy wszelkich środków swoistych, jak tuberkulina Kocha, hetol, surowica Marmorka, wychodząc z tej zasady, że nie są to środki dostatecznie wypróbowane i ogólnie uznane przez cały świat lekarski. Nie uważaliśmy się więc za upoważnionych do próbowania ich na naszych chorych. Może z czasem, gdy stosowanie tych lub innych środków na szeroką skalę w klinikach i sanatoryach da wyraźne wyniki w zakresie terapii gruźlicy, wypadnie i nam zwrócić się do nich. Jak na dziś, wolimy pozostać wyłącznie na wypróbowanym gruncie metody sanatoryalnej, w przekonaniu, że zwykle pomaga, a nigdy nie zaszkodzi, jeśli jest umiejętnie stosowaną [2].

Choć metoda Brehmera-Dettweilera jest znaną w świecie lekarskim, a nawet i wśród oświeconych warstw społeczeństwa, pozwolimy sobie w paru słowach przytoczyć ją, kładąc główny wzgląd na sposób stosowania jej w naszem Sanatoryum.

Streszcza się ona w 3 zasadniczych punktach: stałe używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny. Używanie świeżego powietrza nazywamy stałem, gdyż chorzy dniem i nocą oddychają niem. Dniem spędzają oni 6 godzin, leżąc na werandach. Poza temi godzinami obowiązkowego „werandowania" wielu pacyentów weranduje wieczorami w dni pogodne zarówno zimą, jak i latem. Silniejsi około 2—3 godzin spędzają na spacerach w parku zakładowym lub i poza granicami jego,

Tablica I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1 maja 1904 r. do 1 kwietnia 1905 r.

Narodowość		Płeć: mężczyzni	Płeć: kobiety	Wiek: lat	Wiek: osób	Pochodzenie		Liczba dni leczenia
Polacy . . .	219			1—10	0	Warszawa 32, Królestwo 61	93	2595, 5879
Rosyanie . .	13			10—20	37			
Inne narodowości . .	3			20—30	101	Litwa . . . Wołyń . . . Podole . . . Ukraina . . Rosya . .	62	5552
				30—40	62	Galicya . . .	72	5316
				40—50	26	Ks. poznańskie i Śląsk pruski . . .	8	384
				50—60	5			
				>60	4			
		126	109					
Razem . . .	235	235			235		235	19726

Przeciętna pobytu jednego chorego w Sanatoryum = 80 dni.

Sanatoryum	
opuściło osób .	161
zmarło . .	4
pozostaje w leczeniu	70
Razem .	235

stosownie do stanu sił. Wreszcie przyzwyczajamy naszych pacyentów do sypiania przy otwartych oknach lub „oberlichtach", stosownie do stanu pogody. Dniem i nocą więc oddychają oni stale świeżem powietrzem. Tym sposobem leczą oni płuca swe, dostarczając im stale zdrowego powietrza, nie zatrutego ani wielkomiejskim dymem, ani żadnymi szkodliwymi miazmatami, hartują się na zimno i na wszelkie t. zw. przeziębienia, wreszcie pozbywają się gorączki. Tu wypada mocno podkreślić spostrzeżenie, zrobione przez znanych europejskich sanatoryalistów, jak Brehmer, Dettweiler, Turban i inni, że właśnie to stałe oddychanie świeżem powietrzem jest jedynym pewnym środkiem do usunięcia gorączki. Czasem odbywa się ono nawet bardzo

[1] Zebraniem surowego materyału, poszczególnych liczb i dat zajął się asystent Zakładu — Dr. Czaplicki.

[2] Oprócz środków powszechnie używanych przeciw rozmaitym objawom gruźlicy, stosowaliśmy często w złym stanie ogólnym i niedokrwistości — przetwory żelaza, roztwór Fowlera, wreszcie w 26 przypadkach wstrzykiwania arsykodylu (w połowie z dodatnim wynikiem); następnie rozmaite przetwory odżywcze, jak somatoza, sanatogen i t. d. Ze środków przeciwgorączkowych najskuteczniejszymi okazały się piramidon i aspiryna. Gruźlicę krtani leczyliśmy wlewaniami 10% oliwy mentolowej, roztworem lugolu, zasypywaniami ortoformu i t. d.

szybko i to u chorych, którzy przedtem silnie gorączkowali i u których stosowanie najrozmaitszych środków przeciwgorączkowych prowadziło tylko do chwilowego zmniejszenia ciepłoty lub do przesunięcia jej na inne godziny dnia lub nocy. Naturalnie, że chorzy z gorączką leżą stale aż do zupełnego jej zniknięcia. Dopiero wtedy pozwala się im powoli i stopniowo używać ruchu pod ścisłą kontrolą, aby nadmiar jego nie przyczynił się do ponownego podniecenia ciepłoty. Trzeba tu ściśle indywidualizować, jak i we wszelkich przypadach w przebiegu choroby, wychodząc z tej zasady, że każdy chory, dotknięty gruźlicą, jest odrębną właściwą sobie całością patologiczną. Skoro mowa o hartowaniu, powinniśmy wspomnieć o zabiegach wodoleczniczych, stosowanych wszędzie w Sanatoryach europejskich, a mianowicie o nacieraniach i natryskach. Zaczynamy od nacierań wodą z wyskokiem, a później czystą wodą, następnie zaś przechodzimy u bardziej odpornych chorych do natrysków, przy których ciepłotę w przeciągu 20—30 sekund obniżamy od 35° do 10° C. Nacierania stosowaliśmy u 153 chorych, natryski u 26.

Przechodząc z kolei do odżywiania chorych, bez przesady powiedzieć możemy, że kuchnia w Sanatoryum może się poszczycić bardzo dodatnimi wynikami. Dość spojrzeć na wzrastanie wagi w dołączonej poniżej tablicy.

Tablica II.

Wyniki leczenia 191 chorych za czas od 1 maja 1904 r. do 1 kwietnia 1905 r.

Płeć: mężczyźni	Płeć: kobiety	Wiek chorych: lata	Wiek chorych: liczba osób	Obciążenie dziedziczne: rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne: liczba osób	Gorączka	Prątki Kocha	Waga sprowadzona do 100 dni					
		1—10	0	0¹	55	przyjechało z gorączką osób 79	przyjechało z prątkami osób 100	148 chorych przybrało przeciętnie 7,3 kgr.	10 chorych straciło przeciętnie 3,8 kgr.	u 8 chorych waga pozostała bez zmiany	u 25 chorych waga nieznana	Ogólna liczba dni leczenia = 18,936.	Przeciętna liczba dni leczenia na osobę = 99.
		10—20	31	0²	6	wyjechało „ „ „ 41	wyjechało „ „ „ 86						
		20—30	83	0	38	przyjechało bez gorączki „ 112	przyjechało bez prątków „ 91						
		30—40	49	bez	92	wyjechało „ „ „ 150	wyjechało „ „ „ 105						
		40—50	21										
		50—60	5										
		>60	2										
99	92												
191			191										

Wyniki leczenia: Okresy	poprawa: wyraźna	poprawa: względna	poprawa: bez zmiany	pogorszenie	Śmierć
na 62 osób I okresu	46	14	1	1	0
na 93 osób II okresu	64	13	10	4	2
na 36 osób III okresu	10	6	9	9	2
Razem osób 191	120	33	20	14	4

*) 0¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców, — 0² oznacza obciążenie dziedziczne ze strony obojga rodziców, — 0 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Chorzy mają 5 posiłków dziennie, oprócz tego mleko o g. 9 wieczorem. Niezależnie od tego mają mleko na zawołanie. Wypijają przeciętnie $1^1/_2$ litra mleka na osobę. Dodać do tego winniśmy, że uwzględniamy bardzo skrupulatnie wszelkie zaburzenia w trawieniu przez stosowanie odpowiedniej dyety. Zaburzenia te jednak, tak często towarzyszące gruźlicy płuc, jako wynik upośledzonego odżywiania, niejednokrotnie szybko ustępują bez żadnych leków, jedynie pod bezpośrednim wpływem podniesienia i wzmocnienia ustroju. Spostrzeżenia w tym rodzaju poczynił już dawno prof. J a w o r s k i na chorych w Sanatoryum Dr. T u r b a n a w Davos.

Dotykamy z kolei 3-go, bardzo ważnego punktu leczenia, a mianowicie spokoju psychicznego chorych. Jest rzeczą aż nadto wiadomą, że każdy gruźliczy z natury swej choroby znajduje się w stanie większego lub mniejszego nerwowego podniecenia Do tego trzeba dodać przygnębienie, wynikające bezpośrednio stąd, iż chory, udający się do Sanatoryum, skazany jest na rozłączenie z najbliższą rodziną, ze środowiskiem, z którem się zrósł, z zajęciami, które zapełniają jego życie i wstępuje w ramy życia bezczynnego, monotonnego, że tak powiemy, wegetacyjnego. Zwykłe pytanie po I-szem badaniu jest: „Panie Doktorze, jak długo będę musiał tu pozostawać, kiedy się wyleczę?“ To też tutaj rola lekarza, który musi być przedewszystkiem psychoterapeutą, jest bardzo wdzięczną, choć zarazem i wielce trudną. Trzeba mieć nieprzebrane zapasy cierpliwości, a przedewszystkiem wiele współczucia dla chorych, aby należycie wywiązać się z tego ciężkiego zadania. Utrzymanie chorego zapomocą serdecznego słowa i spokojnego, ale nieugiętego przekonywania w stanie równowagi psychicznej, wnikanie we wszelkie niepokoje jego duszy, cierpiącej częstokroć więcej niż ciało, mężka pociecha w chwilach zwątpienia tak częstych, — oto środki, którymi lekarz może sobie zdobyć zaufanie chorych, im zaś wzamian dać spokój i wiarę w leczenie. Ale niezależnie od ciągłego obcowania z chorymi, mającego tak wielkie dla nich pod względem psychicznym znaczenie, staramy się w miarę możności, jak to już zaznaczyliśmy w I-szem Sprawozdaniu, dostarczać pacyentom rozrywek, nieszkodliwych dla zdrowia. A więc od czasu do czasu miewamy koncerty wokalne i instrumentalne artystów krakowskich, przedstawienia teatralne przejezdnych trup w zimowym i letnim sezonie, wreszcie teatry amatorskie, urządzane przez samych chorych, naturalnie silniejszych, cieszące się zwykle ogromnem powodzeniem. Dla potrzeb umysłowych chorzy mają czytelnię z dużą ilością pism i bibliotekę, liczącą sporo dzieł wyborowych, przeważnie beletrystycznych. Powoli więc chory, który z początku czuł się bardzo nieszczęśliwym i przygnębionym, przywyka do nowego otoczenia, oswaja się z niem, choć tęskni za domem,

czuje się pod względem psychicznym prawidłowo i prowadzi leczenie bez szemrania. A wreszcie przy odjeździe nierzadko dają się słyszeć z ust jego słowa, że choć z radością wraca do swoich, to jednak pobyt w Zakładzie nie zostawia w jego pamięci złego wspomnienia.

Nakreśliwszy w głównych zarysach warunki leczenia klimatycznego, spojrzyjmy na jego wyniki.

W tym celu podzieliliśmy, jak i w I-szem Sprawozdaniu, naszych chorych na 3 kategorye wedle znanego szematu Turbana, przyjętego w sanatoryach europejskich, uważając, że pomimo swych braków, jest wystarczającym pod względem klinicznym. Zaznaczamy, że dla wyników naszych używamy terminów „poprawa wyraźna" i „względna", a unikamy terminu „wyleczenie", jako zbyt daleko idącego, tembardziej, że $2^1/_2$ lat istnienia Zakładu nie daje możności mówienia o wyleczeniu, ani też możności skontrolowania takowego. Jako poprawę „wyraźną" uważamy poprawę stanu ogólnego, oraz miejscowego. Poprawa tylko stanu ogólnego jest poprawą względną. Poprawa stanu ogólnego, która zwykle i dla powodów zupełnie zrozumiałych, wyprzedza poprawę w płucach, objawia się na zewnątrz szeregiem objawów podmiotowych i przedmiotowych. Przedewszystkiem podniesienie różnych podupadłych czynności ustroju, a więc lepsze łaknienie i trawienie, lepszy sen, zmniejszanie się i zniknięcie gorączki, większe poczucie sił i t. d., i t. d. Poprawa miejscowa podmiotowo objawia się swobodniejszym oddechem, zmniejszaniem się i znikaniem kaszlu, zmniejszeniem się ilości i zmianą jakości plwociny, ustąpieniem różnych dolegliwości, jak kłucie, ból i t. d., a przedmiotowo lepszymi wynikami fizykalnego badania, o których mówić zbyteczna.

Opierając się na takich danych, otrzymaliśmy następujące ogólne wyniki: około 63% wyraźnej poprawy i przeszło 17% względnej, razem 80%. Dodajmy do tego, że na 36 chorych, 10 doznało w III okresie poprawy wyraźnej, 3 względnej, razem przeszło 44%.

Te ogólne wyniki wymagają pewnego omówienia i wyjaśnienia. Przedewszystkiem wiek chorych: największa liczba przypada na okres 20—30 lat, gdyż wynosi on 43% ogółu. Następnie od 30 do 40 lat stanowi przeszło 25%, razem 69%. Jest to liczba niemal identyczna z liczbą z I Sprawozdania, która wynosiła 70%. Następnie obciążenie dziedziczne. Już w I Sprawozdaniu pozwoliliśmy sobie zaznaczyć, że nie ma ono wielkiego znaczenia, jako czynnik usposabiający do powstawania gruźlicy i nie wywiera wpływu na przebieg leczenia. Liczby obecne jeszcze nas bardziej w tem mniemaniu utwierdzają. Gdy w I-szem Sprawozdaniu mieliśmy 68% wolnych od wszelkiego obciążenia, obecnie mamy tylko 48% Tymczasem wyniki lecznicze obecne, jak to poniżej wykażemy, są lepsze od poprzednich.

Następnie, dla uwidocznienia ogólnej poprawy chorych, pozwolimy sobie zwrócić uwagę na przyrost wagi, który w sprawozdaniach z Sanatoryów niemieckich, szwajcarskich i francuskich figuruje jako jeden z ważnych objawów podniesienia ogólnego odżywienia ustroju. — Otóż, jak nam wskazuje tablica II, u 148 chorych na 191, czyli u 77%, nastąpiło zwiększenie tej wagi. Sprowadzony do 100 dni, przyrost ten wynosi przeciętnie 7,3 kg. u jednego chorego; najmniejszy przytem wynosi 0,5 kg., największy 26 kg. U 40 osób przyrost wynosił 10 kgr. i powyżej.

Druga strona medalu: 10 chorych straciło w ciągu 100 dni leczenia przeciętnie 3,8 kg.; *minimum* utraty 0,3 kg., *maximum* 9,6 kg. U 8 chorych waga pozostała bez zmiany, u 25 nieznana, — gdyż leżeli w łóżku.

Przechodzimy z kolei do innych ważnych znamion poprawy, a mianowicie do ustąpienia gorączki i zniknięcia laseczników Kocha. Z ogółu 191 chorych, przybyło do Zakładu 79 z gorączką, a wyjechało z gorączką 41. Znikła więc ona u 38 chorych, czyli u 48%. Co się tyczy laseczników Kocha, wynik mniej zadawalniający, gdyż na 100 chorych tylko 14, czyli 14%, utraciło ostatecznie zarazki gruźlicy przy opuszczeniu Zakładu. Wyniki nasze pod tym względem są gorsze, niż w Sanatoryum Dr. Turbana. W sprawozdaniu za okres 7-letni podaje on, że gorączka znikła u 65% chorych, a prątki Kocha u 35%. Ale różnica da się usprawiedliwić tem, że materyał Dr. Turbana, jak mi to osobiście dobrze wiadomo, znacznie jest lepszym od naszego; następnie zaś chory spędza przeciętnie 222 dni na leczeniu, gdy u nas tylko 90—100 dni. Dla uzupełnienia obrazu zaznaczamy jeszcze ważniejsze powikłania w leczeniu naszych chorych, a mianowicie: swoiste zapalenie krtani, krwioplucia i krwotoki.

Gruźlicą krtani w mniejszym lub większym stopniu było dotkniętych 30 chorych. Z tej liczby u 13 nastąpiła poprawa, u 4 wyleczenie, czyli razem wynik dodatni prawie u 57%. U innych stan pozostał bez zmiany.

Krwioplucia i krwotoki zanotowane są w wywiadach u 70 chorych (36% ogółu). Powtórzyły się one podczas leczenia w Sanatoryum tylko u 13 (20%); niepokazywały się zupełnie u 57 chorych, co stanowi wysoką liczbę 80%. Natomiast po raz pierwszy pokazało się krwioplucie w Zakładzie tylko u jednego chorego, co na 121 chorych stanowi 0,8%.

Nad liczbami temi musimy się bliżej zastanowić, gdyż, jak to zaznaczyliśmy w poprzedniem Sprawozdaniu, klimat wysokogórski uważany bywa za szkodliwy dla wyżej wzmiankowanych powikłań gruźlicy i to nietylko wśród publiczności, lecz często i wśród lekarzy. Teoretycznie zapatrywanie Takie nie jest gruntownie uzasadnione żadnymi dodatnimi argumentami. Zresztą teoretyczne poglądy w dziedzinie terapii niezawsze są w harmonii z praktycznymi wynikami. A tu jedynie o nie chodzi. Otóż 57% polepszeń w gruźlicy krtani, gdzie trafiały się przypadki z bardzo rozległemi zmianami, jest chyba pod względem leczniczym zadawalniającym wynikiem. Liczba ta jest zupełnie identyczną z liczbą sprawozdania Dr. Turbana, gdyż wyleczenie i poprawa gruźliczych owrzodzeń krtani wynosi u niego również 57%. Naturalnie, że poprawa gruźlicy krtani szła w parze z poprawą stanu ogólnego i płuc; odwrotnie jednak nie zawsze tak samo się działo. Ale chyba to jest zupełnie naturalne i ma miejsce we wszelkich klimatach.

Co się tyczy krwioplucia i krwotoków, to całkowite ich zniknięcie u 80% chorych i zjawienie się po raz pierwszy u 0,8% podczas leczenia w Zakładzie, nie może być inaczej nazwanem, jak wynikiem wielce pomyślnym. Taka statystyka obala chyba całkowicie gołosłowne twierdzenie, że klimat wysokogórski usposabia do krwotoków. Znajduje się ona w harmonii ze statystyką odnośną Dra Eggera, dotyczącą 1613 chorych w Sanatoryum w Arosa, położonem na wysokości 1850 metrów, gdzie krwotoki wystąpiły po raz pierwszy u 2,5% pacyentów.

Do tych 2 powikłań w przebiegu gruźlicy dodać jeszcze musimy ważniejsze następujące: skrobiawica ogólna (1), odma piersiowa (1), nieżyt jelit (11), wypociny opłucnowe (2), białkomocz (3), nieżyt pęcherza (2), cukrzyca (1), wól (1), zapalenie ucha środkowego (3). Dalej musimy się powołać na spostrzeżenie, zanotowane w zeszłorocznem sprawozdaniu, dotyczące usadowienia się głównych ognisk gruźliczych, a mianowicie: w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki, — i w lewem z przodu w II i III przestworze międzyżebrowym w blizkości mostka. Wówczas zaznaczyliśmy, że ogniska te występują oddzielnie lub też jednocześnie u jednego i tego samego chorego, że gdy szczyty były bardzo mało, lub wcale nie były zajęte, ogniska te były siedliskiem daleko posuniętej sprawy płucnej, że wreszcie odznaczały się one wielką uporczywością i poprawiały się wolniej i później od innych miejsc w płucach. Spostrzeżenie to utrzymujemy w całości, dodając, że liczba chorych z takiemi ogniskami wynosiła 15% ogółu.

Wreszcie notujemy suche zapalenia opłucnej, o których także w poprzednim Sprawozdaniu wspominaliśmy. Jest rzeczą powszechnie znaną, że suche zapalenia opłucnej często

bardzo towarzyszą przebiegowi sprawy płucnej. Mówią o nich wszyscy sanatoryalni lekarze, mający możność spostrzegania swych chorych codziennie, śledzenia za wszelkimi najdrobniejszymi objawami choroby. Na tem miejscu pozwalamy sobie zwrócić na nie uwagę z tej racyi, że w naszych przypadkach, wynoszących przeszło 16% ogółu, zapalenia opłucnej miały pewne swoiste cechy, a mianowicie: często przebiegały bez podniesienia ciepłoty, bywały często usadowione na bardzo nieznacznej przestrzeni, zaledwie kilku centym. kwadr., albo też porozrzucane w rozmaitych miejscach bez żadnego związku lub zdala od głównych ognisk choroby, a nawet w płucu niechorem, wreszcie odznaczały się dziwną zmiennością, gdyż wyraźne objawy tarcia znikały niejednokrotnie po paru godzinach. Zestawienie tych wszystkich danych faktycznych i statystycznych nasuwa nam następujące wnioski:

Porównywając pod względem klinicznym materyał obecny z pierwszem Sprawozdaniem, odrazu widzimy na podstawie liczb, iż jest on lepszym. Dawniej zapisaliśmy pod rubryką I-go okresu 37% ogółu chorych, teraz tylko 32%, ale natomiast w III okresie mieliśmy 26%, a teraz tylko 18%. A więc zmniejszenie się liczby chorych w I i III okresach, odbyło się na korzyść II, który dawniej wynosił 37%. a obecnie 50%. To też i wyniki lecznicze są lepsze. Wprawdzie i dawniej i teraz ogólna liczba polepszeń wynosi 80% ogółu, lecz poprawa wyraźna w I Sprawozdaniu wynosiła 55% ogółu polepszeń, obecnie wynosi 63%. Jest to wprawdzie różnica nieznaczna, zawsze jednak przemawia za lepszym materyałem klinicznym, skoro warunki leczenia w Zakładzie pozostały bez zmiany. Dalej na korzyść lepszych wyników przemawia inny jeszcze szczegół, powyżej przez nas zanotowany, mianowicie przyrost wagi. Wynosił on dawniej na 100 dni 5,6 kg, a obecnie 7,3 kg. Pod tym względem mamy znacznie lepsze wyniki, niż Dr. Turban. W takich ważnych objawach, jak całkowite ustąpienie gorączki i zniknięcie laseczników Kocha widzimy również pewien, wprawdzie nieznaczny postęp. Laseczniki w I Sprawozdaniu znikły u 11% chorych, obecnie u 15%; gorączka dawniej ustąpiła u 41%, obecnie u 48% chorych. Pomimo to, że materyał obecny jest lepszym, nie mamy prawa nie zwrócić uwagi lekarzy naszych na tę okoliczność, iż przysyłają czasem do Zakładu takich chorych, którzy literalnie gonią resztkami życia. Zdarza się to teraz rzadziej, niż w początkach istnienia Sanatoryum; lecz w każdym razie nie powinnoby wcale mieć miejsca, bo pod każdym względem chybia celu. Taki prawie że umierający chory, odbywa czasem męczącą kilkudniową podróż, która do reszty wyczerpuje jego siły i tym sposobem przyśpiesza niechybny zgon. W Zakładzie przyjazd jego wywołuje panikę i działa w wysokim stopniu przygnębiająco na chorych, mających szansę poprawy zdrowia i zniechęca ich do leczenia. Przysyłanie więc takich beznadziejnych chorych jest ze wszech miar szkodliwem i dla nich i dla Zakładu.

Streszczając całe Sprawozdanie, możemy je przedstawić w kilku zasadniczych punktach: Leczenie klimatyczne może dać bardzo dobre wyniki, byleby było w porę rozpoczęte i systematycznie prowadzone. Odnosi się to przedewszystkiem do tych chorych, którzy się znajdują w pierwszych okresach choroby i mają dość siły odpornej dla zwalczenia zarazka gruźlicy i tych szkód, jakie już wyrządził w ustroju. Ta siła odporna, czynnik nieuchwytny, jest, właściwie mówiąc, wszystkiem w leczeniu. Określić jej zrazu niepodobna. Tylko baczne codzienne spostrzeganie chorego, śledzenie za poprawą rozmaitych czynności ustroju, może dać nam pewną względną miarę tej siły. Ale pod tym względem zdarzają się czasem niespodzianki. Widzimy bowiem chorych z pozornie podupadłem odżywieniem, nawet z powikłaniami ze strony krtani lub kiszek, którzy pod wpływem świeżego powietrza, zupełnego spokoju i dobrej kuchni powoli zaczynają tracić gorączkę, nabierać sił i wracać do zdrowia. Ale to znów za ogólną zasadę służyć nie może, wkracza bowiem w dziedzinę kazuistyki, która jednak w przebiegu gruźlicy i jej leczeniu ma karty, obficie zapisane szeregiem zdarzeń i faktów, z góry zupełnie nieprzewidzianych. Ogólnie rzecz biorąc, szanse do poprawy zdrowia mają chorzy z niewielkiemi zmianami w płucach, słabo lub wcale niegorączkujący i nieźle odżywieni. Natomiast u chorych w ostatnim okresie, z wysoką gorączką, w stanie charłactwa, może się w warunkach tutejszego klimatu przebieg całej sprawy tylko przyśpieszyć. Słowa te podkreślamy: — Klimat wysokogórski, działający wyraźnie podniecająco na rozmaite czynności ustroju u chorych, którzy przedtem na nizinach mieszkali, wymaga od tegoż ustroju dość energii, aby na bodźce zewnętrzne w należyty sposób odpowiedzieć. To też może on wywierać i wywiera wpływ zbawienny na silniejszych chorych, którzy przez proces chorobowy tej energii jeszcze nie utracili. Dla chorych zaś, wyczerpanych długą chorobą — nie miejsce w wysokich górach.

Tutaj pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na jedną ważną bardzo okoliczność z zakresu klimatycznego leczenia. Dyrektor znanego Sanatoryum w Hohenhonef, Dr. Meissen, twierdzi, opierając się na długoletniem doświadczeniu, iż pory roku nie mają widocznego wpływu na przebieg i wyniki leczenia. To samo i my powiedzieć możemy. Istotnie, pomimo rozmaitych uprzedzeń do klimatu zakopańskiego, a zwłaszcza do pory wiosennej, jako niebezpiecznej dla chorych i do halnych wiatrów, o których obiegają całe legendy, spostrzeganie 480 chorych, którzy leczyli się w naszym Zakładzie, doprowadza nas do zupełnie analogicznego wniosku. Nie spostrzegliśmy wcale, aby jedna pora roku więcej sprzyjała przebiegowi i wynikom leczenia, niż inna; nie zauważyliśmy również, aby wiosna, względnie okres topnienia śniegów, wywoływała szkodliwe skutki u chorych. Naturalnie są chorzy bardzo wrażliwi na zmiany pogody, na wilgoć, chłód i t. d., ale zarówno w zimie, jak i latem, wiosną lub jesienią. W takim razie trzeba indywidualizować i skrócić im czas przebywania na świeżem powietrzu podczas złej pogody. Z drugiej strony znów spostrzegaliśmy, że podczas najpiękniejszych dni letnich niektórzy chorzy źle znosili gorąco, gorączkowali, czuli osłabienie i t. d. A więc i takich trzeba było chronić od gorąca. O halnych wiatrach, jako o poważnej przeszkodzie do leczenia, mówić nawet nie będziemy. Spostrzeżenia meteorologiczne w Muzeum Chałubińskiego za dłuższy okres czasu wykazują przeciętnie kilkanaście dni wiatru na rok. Ilość więc taka nie może zaważyć na szalach leczenia. Jedyny środek polega na zatrzymaniu chorych w czasie wiatru halnego w pokoju.

Na zakończenie jeszcze jedna uwaga: Obecne wyniki leczenia przedstawiają się w świetle liczb lepiej, aniżeli w poprzedniem sprawozdaniu. Wielu z tych chorych, którzy prowadzili leczenie systematycznie i przez czas dłuższy, jak też i ci, którzy leczenie powtarzali, opuścili Zakład ze znakomitą poprawą zdrowia. Mamy nadzieję, że prowadząc higieniczny tryb życia, którego się w Sanatoryum nauczyli, nic nie stracą z otrzymanych wyników. Nie możemy dziś jeszcze mówić o zupełnie trwałych wynikach, które pozwalają choremu wrócić na stałe do zwykłych warunków życia, być w całej pełni zdolnym do pracy, a więc być wyleczonym w znaczeniu ekonomiczno-społecznem. Na to trzeba dłuższego czasu, przynajmniej lat 5, jak to jest przyjęte w Sanatoryach niemieckich.

Mamy nadzieję, że sanatoryalna metoda leczenia, dziś jedynie racyonalna, będąc coraz bardziej i w coraz szerszych warstwach rozpowszechnioną, zyska sobie prawdziwe prawo obywatelstwa w naszem społeczeństwie. A wtedy będziemy mogli powiedzieć, że Zakład nasz spełnia należycie swe zadanie: ludzi chorych, niezdolnych do pracy, powraca społeczeństwu, jako pożyteczne jednostki, jako siły wytwórcze, tak bardzo w naszych ciężkich warunkach potrzebne dla pracy w imię dobra publicznego.

X. O metodzie nauczania i o podręcznikach używanych w starszej wiedeńskiej szkole klinicznej

napisał

Dr. Władysław Szumowski.

I.

Wydział lekarski wiedeński w drugiej połowie XVII stulecia zasługuje na baczną uwagę. Odbudowany z gruzów przez dobrą wolę Maryi Teresy, urządzony niepospolitym talentem organizatorskim van Swietena, ucznia Boerhaavego, na wzór wydziału medycznego w Lejdzie, zwraca w nauczaniu szczególną uwagę na stronę praktyczną. Na profesora kliniki powołuje van Swieten w r. 1754 również ucznia Boerhaavego, de Haëna, który świetnie się ze swego zadania wywiązuje i wykład kliniczny doprowadza do niebywałego dotąd rozwoju. Wydział medyczny wiedeński jest w tym czasie najpierwszym w Europie i ciągną doń uczniowie ze wszystkich stron świata. Po śmierci de Haëna klinikę obejmuje w roku 1776 Stoll, którego działalność stanowi najświetniejszą epokę szkoły, nazywanej w dziejach medycyny „starszą wiedeńską szkołą kliniczną".

To też wszechstronne poznanie tej szkoły, stojącej u wrót medycyny umiejętnej i uchwycenie nici, wiążących ją z pokoleniem, z którego powstała, i z pokoleniem, które sama wykształciła, jest rzeczą dla dziejów medycyny dużej doniosłości.

Pięknych i gruntownych opracowań „starszej szkoły wiedeńskiej« mamy parę: najdawniejsze Heckera, obejmujące połowę dzieła »*Geschichte der neueren Heilkunde*« (1839), późniejsze Rosasa w »*Kurzgefasste Geschichte der Wiener Universität und der medicinischen Facultät insbesondere*«, drukowane w latach 1846—1847 w *Medicinische Jahrbücher des österreichischen Staates*, a zawierające przeważnie surowy materyał archiwalny — oraz najnowsze wiedeńskiego historyka Puschmanna w *Medicin in Wien während der letzten 100 Jahre*« (1884), nie licząc dziesiątków drobniejszych prac, porozrzucanych po niemieckich czasopismach i mniejszych lub większych ustępów w podręcznikach historyi medycyny.

Jeżeli mimo tych dość licznych, jak na jedną szkołę, opracowań, wydaje mi się, że przedmiot nie jest jeszcze zupełnie wyczerpany, to dlatego, że monografie te nie uwzględniają ciekawego materyału, zawartego w książce *Instituta Facultatis Medicae Vindobonensis* Antoniego Störcka, (Wiedeń 1775) który po śmierci van Swietena w r. 1772 został jego następcą, obejmując kierownictwo Wydziału medycznego i piastując wyższe urzędy medyczne przy dworze.

Powstała ta książeczka w części dlatego, że cesarzowa Marya Teresa po śmierci van Swietena zażądała od dyrektorów wszystkich wydziałów sprawozdań o stanie wydziałów, w części dlatego, że Störck chciał, jak sam to mówi w przedmowie, uczcić zasługi van Swietena opisaniem wydziału, który jest jego dziełem, oraz także dać sposobność uczniom, którzy ciągną do Wiednia aż z zamorskich stron (*e transmarinis usque regionibus*) wiedzieć zawczasu, co mają do wykonania, gdy chcą się medycynie poświęcić (*... praesertim cum utile futurum sit adolescentibus in antecessum scire, quod praestandum sibi sit, quandocunque medicinae velint se consecrare. Praef. XXIII)*. Książeczka ta zawiera także te reformy Störcka, które właśnie miały wejść w wykonanie.

Praca ta bynajmniej nie jest nieznana; przeciwnie zna ją z tytułu Hecker, przedrukowywa ją w całości po łacinie w swoim materyale archiwalnym bez żadnych komentarzy Rosas[1], mówi o niej również Puschmann[2], uwzględnia nawet jej treść częściowo, pomija całkiem natomiast ważne ustępy. Zarówno Rosas, jak Puschmann, widzą w książeczce Störcka tylko plan reform i to jest pewno przyczyną, dlaczego Puschmann tylko reformy uwzględnia, a dziełka nie czyta. Że zamiary Störcka, piszącego »*Instituta*«, były jednak odmienne, wynika to z jego własnych wyżej przytoczonych słów przedmowy.

W opisie swym przedstawia Störck cały wydział medyczny łącznie z nauką i egzaminami dla chirurgów, położnych i aptekarzy i jest on aż do końca nader ciekawy. Przy historycznem opracowywaniu medycyny wiedeńskiej należałoby zawsze i przedewszystkiem uwzględniać słowa Störcka, jako najbardziej wiarogodne. Nie będę się jednak zajmował całą książeczką, gdyż zawiera ona w połowie rzeczy skądinąd znane; chcę tylko tu zwrócić uwagę na te ustępy, które dotyczą podręczników, używanych w szkole wiedeńskiej, a w szczególności stosunku dzieł Boerhaavego do niej, omawiają sposoby wykładania tam przedmiotów, oraz przedstawiają nam ogólną metodę myślenia, jaką wpajano w umysły słuchaczów medycyny.

[1]) Rosas: l. c. T. 61 z roku 1847.
[2]) Puschmann l. c. str. 37.

Jeśli poznanie podręczników, używanych w różnych szkołach lekarskich, jest wogóle rzeczą dla dziejów medycyny nie bez wartości, one to bowiem właśnie są tą nicią, która starsze pokolenie wiąże z młodem, to szczególne znaczenie mają te dane bibliograficzne dla naszej ojczystej literatury lekarskiej XVIII wieku, która nie mogła się wtedy inaczej rozwijać, jak tylko pod silnym wpływem dzieł obcych. Dla oceny polskich dzieł lekarskich tego okresu, pisanych przeważnie przez ludzi, którzy zagranicą się kształcili, jest rzeczą pożądaną wiedzieć, z jakiemi dziełami obcemi byli autorowie polscy najbardziej oswojeni. A do Wiednia po reformach van Swietena ciągnęli Polacy na naukę chętnie już przed pierwszym rozbiorem kraju, po roku zaś 1772 jeździli tem liczniej ci, którzy pochodzili z Galicyi. Wkrótce wykażę na innem miejscu zależność polskich dzieł Jędrzeja Krupińskiego od podręczników wiedeńskich, z których obficie korzystał.

Metodą myślenia szkół i epok w dziejach medycyny nie zajmują się wogóle historycy, z wyjątkiem Petersona, prawie wcale, mimo że ona właśnie jest zawsze kluczem do poznania sprężyn postępu i błędów. I ją więc poznać choć w paru liniach nie będzie może bez wartości.

II.

Z powyższych względów zasługuje na uwagę ustęp, zatytułowany: »*Ratio, quae servatur in docendo*« [3]) który podaję w przekładzie i w oryginalnem brzmieniu.

„Ponieważ dyktowanie własnych pism, które było we zwyczaju w ubiegłych wiekach, zostało dla wielu powodów zniesione, przepisuje się profesorowi jedną z dogodniejszych i wypróbowanych książek w tym celu, żeby uczniowie wiedzieli, jakiego porządku profesor ma zamiar w nauczaniu się trzymać i żeby według tego porządku zapamiętywali to, co usłyszą na wykładach lub znajdą u innych autorów.

„Ze względu, że do zrozumienia jakiejkolwiek nauki lub sztuki najkrótszą drogą jest usilne zgłębianie dzieł doświadczonych mężów, w których bądź cała nauka, bądź jej część jest wyłożona, profesorowie nasi, prócz tego, że już zgodnie z przepisem zaczynają wykłady swego przedmiotu od jego piśmiennictwa, nie zaniedbują także i w czasie dalszego nauczania wskazywać słuchaczom znakomitych autorów, którzy o wykładanym przedmiocie bieglej i obszerniej traktują i ich do prywatnego czytania zalecać. Jednakże z tego, że do tej pory było przepisane naprzykład używanie „Instytucyi" Boerhaavego, nie należy sądzić, że się profesorom medycyny zabrania pod jakimkolwiek pozorem odstępować bądź od porządku, bądź od myśli Boerhaavego; dlatego tylko przepisane są *Instytucye*, że dotąd nie ukazał się żaden inny krótki wykład sztuki lekarskiej, któryby w mniejszej objętości, a w układzie bardziej przejrzystym obejmował tyle, ile w swoich książeczkach zawarł Boerhaave.

„Sztuka bowiem lekarska nie jest niewolnicza, lecz wolna; kto jej się poświęca, nie powinien zależeć od czyichkolwiek prywatnych uprzedzeń, ale to tylko przyjmować, co doświadczenie i z niego wyprowadzone prawidłowe wnioski uznają za zgodne z naturą. Dlatego wolno każdemu profesorowi to mówić, co według swego doświadczenia uznaje za prawdziwsze, lub do nauki dla słuchaczy za właściwsze, choćby się to nawet nie zgadzało z poglądami wykładanego autora.

„Stąd jest we zwyczaju, że prócz dziełka, które się przepisuje do wykładu, profesor każdy, jeżeli uważa za stosowne, zaleca czytanie innego autora, który do zrozumienia jego wykładów może się przyczynić. Jeśli kto chce sam napisać książkę, z której będzie wykładał, to się mu to bynajmniej nie zabrania, byle tylko książkę napisaną, zanim odda do druku, przedstawił Prezesowi, żeby to, co ma służyć do publicznych prelekcyi, nie inaczej było wykładane, jak za zgodą fakultetu.

„Jest w szkołach naszych usilnem staraniem, i żeby umysły uczniów uchronić od swarliwości, i żeby one nie nasiąkały hipotezami, najczęściej przy wykonywaniu praktyki szkodliwemi.

„Dlatego profesorowie mają zalecone, by przy nauczaniu wyjaśniali otwarcie, co należy uważać za pewne, co za prawdopodobne, co za ciemne, co za wątpliwe.

„A ponieważ znajomość sprzecznych mniemań, słynnych dzięki powadze uczonych mężów, którzy spory wiedli, nie może uczniów w błąd wprowadzić i nie bywają opowiadane, lecz tylko w formie problematycznej z trafnem i bezstronnem przedstawieniem argumentów, które każdy z przeciwników na poparcie swego twierdzenia przytacza; przyczem ostrzega się słuchaczy, by, ile razy w rzeczach panuje niejasność, wstrzymywali się póty od sądu, póki obfitsze światło nie zajaśnieje".

(*Ratio, quae servatur in docendo.* Cum nos ille dictandi propria scripta, qui superioribus saeculis invaluerat, sit pluribus de

[3]) Str. 6—10.

causis sublatus praescribitur Professori libellus aliquis ex iis, qui commodiores probationesque sunt, ut possint discipuli cognoscere ordinem, quem Professor in illis erudiensis sequuturus est, et ad eum memoriae gratia valeant referre, quaecunque in Praelectionibus audierint, vel in aliis Auctoribus invenerint. — Nam quia ad quamcunque scientiam artemque penitius comprehendendam compendiaria via est excutere quam diligentissime probatissimorum virorum opera, in quibus aut universa earum materia aut aliqua ejus pars illustratus; Professores nostri, praeterquam, quod ex praescripto Praelectiones suas auspicantur a litteraria Facultatis, quam docent historia, non praetermittunt inter docendum iudicare, privatimque legendos consulere Auditoribus suis praestantiores Auctores, qui de re, de qua illis sermo est, doctius uberiusque pertractarunt. Neque ex eo, quod hucusque injunctum est, exempli causa, uti Boerhavii Institutionibus, existimandum erit, Medicinae Professores adigi ne vel ab ordine, vel a sententiis Boerhavii ullo pacto recedant; sed ideo factum est, quod nulla hactenus prodierit Medicae Artis Epitome, quae minori volumine, et ordine magis perspicuo comprehendat tanta, quanta in suis libellis Boerhavius conclusit. — Medicina cum ars est non quidem servilis sed liberalis; quique ei se addicunt, pendere non debent a privatis cujuscumque opinationibus, sed id solum probare, quod experimenta, et hinc legitimae deductae ratiocinationes ostenderint esse naturae consentaneum. Quocirca in potestate cujusque Professoris est, ea proferre, quae ipse pro peritia sua judicat veriora, aut instituendis Auditoribus suis aptiora, etiamsi ab Auctore, quem praelegit, sint dissentanea. — Hinc in more positum est, ut praeter libellum, qui praescribitur explanandus, Professor quilibet, siquidem sibi videatur, commendet lectionem alterius Auctoris, quem censet ad intelligentiam Praelectiorum suare posse conferre. — Quin si voluerit conficere ipsemet libellum, ex quo praelegat, illi interdictum nullatenus est; dummodo, quod scripserit, antequam typis detur, exhibeat Praesidi, ut quod publice praelegendum est, non nisi Facultate consentiente praelegatur. — Innuo summa est in Scholis nostris solicitudo, ne vel ipsorum Discipulorum mentes factiosae fiant contentiosaeque, aut hypothesibus in artis exercitio plerumque noxiis inficiantur. — Ac propterea cantum Professoribus est, ut in docendo patefaciant candide, quid habendum sit certum, quid probabile, quid obscurum, quid dubium.— Et quia fraudari Discipuli non possunt cognitione controversiarum, quas auctoritas virorum doctorum disputationibus suis reddidit celebres enarrantur eae quidem, sed problematice tantum, expositis ingenue et sine partium studio argumentis, quae uterque contendentium in propriae sententiae confirmationem adducit; admonenturque Auditores, ut, quandocunque adsit in rebus obscuritas, abstineant a judicando, donec uberior lux adfulgeat).

Dalej przystępuje Störk do opisu poszczególnych przedmiotów, skąd się dowiadujemy, że „profesor chemii zachowuje porządek *Elementorum chemicorum* Boerhaavego i poleca prócz tego do czytania Spielmanna i Macquera“[4]). Tak więc nowsi autorowie dopełniali to, czego nie mogło być u Boerhaavego. Profesor chemii (od roku 1769) Jacquin sam napisał prócz tego podręcznik »*Anfangsgründe der medicinisch practischen Chymie zum Gebrauche seiner Vorlesungen*«, ale dopiero w roku 1783 wyszło pierwsze wydanie. Profesor chemii uwzględnia w swoich wykładach nie tylko to wszystko, co jest potrzebne dla medyków i aptekarzy, ale i to, co bywa używane w metalurgii i w gospodarstwie. Wykład dopełniają często doświadczenia.

Ten sam profesor wykłada i botanikę. Trzyma się układu Linneusza i jego dzieło zaleca do czytania. Wykład botaniki jest przeważnie praktyczny, do tego celu służy bogaty i wygodnie urządzony botaniczny ogród, oraz wycieczki.

Profesor anatomii[5]) stosuje swoje nauczanie do »*Anatomicae Tabellae*« Schaarschmidta, zaleciwszy słuchaczom czytanie Winslowa. Wykłady anatomii tak się rozkłada, żeby zimową porą przechodzić i zaraz demonstrować te części ciała, które łatwiej się psują; w lecie zaś te, które można pokazywać na suchych preparatach. Jeśliby który z uczniów sam się chciał ćwiczyć bądź w preparowaniu ciała ludzkiego, bądź w wiwisekcyach, to profesor dostarczy mu materyału.

Fizyolog[6]) wykłada swój przedmiot według porządku Boerhaavego, korzystając jednocześnie z dzieła van Swietona i z prac Hallera. Żeby zaś uczniowie naprzód mieli pewne pojęcie o fizyologii, zaleca do czytania Ambrosii Marherri[7]) »*Praelectiones Physiologicas*«.

Podobnież z Boerhaavem, jako przewodnikiem, przystępuje profesor do nauki o lekach. Prócz tego wiemy, że i sam profesor tego przedmiotu Crantz napisał obszerny i dokładny 3-tomowy podręcznik p. t. *Materia medica et chirurgica* 1762.

Wykład *Materiae medicae* rozpoczyna się od pożywienia, dalej idą wszystkie leki, pochodzące z królestwa zwierzęcego, roślinnego i mineralnego, wreszcie opisuje się trucizny. Wyrazem tego programu jest właśnie podręcznik Crantza.

Opis wykładu patologii i kliniki nie przedstawia nic nowego; nad tym bowiem przedmiotem nauczania w Wiedniu, najważniejszym ze względu na stanowisko kliniki wiedeńskiej, zastanawiano się w historyi medycyny często. Ponieważ jednak słowa samego dyrektora Wydziału medycznego zasługują w tej mierze najbardziej na uwagę, choćby nawet tylko potwierdzały fakty znane, przeto przytaczam je w całości w wolnym przekładzie[8]).

„Szczególnym obowiązkiem lekarza, który się tak nazywa od „leczenia“, jest rozpoznać chorobę, jaka chorego opanowała i to wszystko wykonać, co może zdrowie przywrócić. A ponieważ nikt nie potrafi tego umiejętnie uczynić, jeśli mu nie są dobrze znane chorób przyczyny, gatunki i cechy, przeto trzeba, by uczniowie gorliwie się oddawali patologii, która obficie wiadomości tych rzeczy dostarcza i która na swoim obszarze wszystko zawiera, co może w jakikolwiek sposób do wyświetlenia przebiegu i właściwości chorób, oraz do ich leczenia się przyczynić. Dlatego profesor, zaleciwszy do hipokratesowskich studyów czytanie komentarzy van Swietena według porządku Boerhaavego (*Hippocratico studio ad Boerhaavianum filum commendata Swietenianorum Commentariorum lectione)*, stara się wyłożyć nasamprzód ogólne pojęcie choroby, dalej wskazuje, dlaczego jeden przebieg choroby od drugiego się różni, potem przechodzi do jasnego opisu poszczególnych chorób, przedstawiając każdej przyczyny, objawy, znaki i wskazując odpowiadające każdemu stanowi choroby rokowanie i sposób leczenia. Tym sposobem słuchacze tworzą sobie jakby obraz wszystkich rzeczy, dotyczących rozpoznania, rokowania i leczenia w każdej chorobie, który mogą sobie, nawiedzając chorego, przypominać, przez co potrafią szybko, póki można, uchwycić i wykonać wszystko to, co do sztuki należy. A ponieważ jest powinnością lekarza, nie tylko, jak gmin sądzi, przywracać stracone zdrowie, ale i baczyć, żeby to zdrowie, które jest, uszczerbku nie ponosiło, w tym przeto celu wykłada się takie w patologii ogólne i szczegółowe przepisy, których wypełnianie stanowi tryb życia ludzi zdrowych i chroni od łatwego ulegania chorobie. Łączy się także z patologią zależna od jej postępu medycyna sądowa, dlatego tak zwana, że jest w użyciu w sprawach, w których jeżeli magistraty i trybunały występują, sędziowie muszą opinii lekarzy zasięgać.

Ale chociaż ktoś już doskonale się wyuczył i zapamiętał wszystkie przepisy sztuki, to jednak nie odrazu jest przez to zdolny do udzielania pomocy chorym. Lekarzem bowiem w prawdziwem tego słowa znaczeniu ten tylko być może, który zestawił z samymi chorymi to, z czem się na wykładach i u autorów zapoznał. Dopiero bowiem z długotrwałego spostrzegania chorych wypływa prawdziwa biegłość w rozpoznawaniu i leczeniu chorób w tych nawet przypadkach, w których gwałtowny przebieg nie pozostawia czasu na dłuższe rozważanie. Dlatego więc ci uczniowie, o których wiadomo, że dobrze pojęli podstawy medycyny, zostają naostatek przyjęci do praktyki klinicznej w praktycznym szpitalu, utworzonym na ten cel dzięki hojności cesarzowej Maryi Teresy. W miejscu tem, w obecności wszystkich uczniów przy łóżku, profesor publicznie chorego bada, by wyśledzić przyczynę choroby, jej znaki, objawy i t. d.; wszystko to dokładnie się notuje i ze sobą jaknajstaranniej zestawia, żeby wyjaśnić naturę choroby. Potem zapisuje się lek i inne potrzebne zabiegi, a także stosowną dyetę, przyczem wskazuje się przyczyny, dla czego należy z tym a z tym chorym tak a tak postępować. Nazajutrz całą historyę choroby się odczytuje

[4]) Spielmann (1722—1783) był profesorem w Strasburgu. Z licznych dzieł, jakie napisał, jest tu mowa o »*Institutiones chemiae in usum praelectionum academicarum*«, wydanych w roku 1766; inne jego dzieła są późniejsze, niż »*Instituta*« Störcka. Macquer (1718—1784) — chemik paryski. Francuskie jego dzieła były tłómaczone na język niemiecki, polecano pewno szczególnie »*Anfangsgründe der praktischen Chymie*« 1768 — 2 tomy. Jego czterotomowy »*Dictionnaire de chemie*« był tłómaczony na niemiecki dopiero w końcu XVIII wieku.

[5]) Str. 15.

[6]) Str. 15.

[7]) Profesor fizyologii Crantz sam dzieła fizyologicznego nie zostawił, zastąpił go w tem jego uzdolniony uczeń Filip Ambroży Marherr, później profesor fizyologii w Pradze w trzytomowem dziele *Praelectiones in* Hermanni Boerhaavii *institutiones medicas*, które obejmuje tylko wykład fizyologii. Dzieło to po przedwczesnej śmierci Marherra wydał sam Crantz. (Puschmann *l. c.* str. 27).

[8]) Str. 21—27.

i rozbiera po kolei, co od tego czasu, kiedy uczniowie się oddalili, z chorym zaszło, czy to skutkiem zabiegów, czy drogą naturalną, przyczem zawsze każdą rzecz się tłómaczy; wtedy też się rozważa, co rokują dane objawy, które bądź stale trwają, bądź dopiero co się ukazały i wreszcie według istniejących wskazań miarkuje się leczenie. I to wszystko póty codziennie się powtarza, póki chory zupełnie nie wyzdrowieje. Jeżeli chory zmarł, to wtedy, zwoławszy wszystkich słuchaczów, którzy byli obecni przy postępowaniu z chorym, trupa się kraje i jaknajstaranniej się szuka, co mogło kiedyś tę chorobę wywołać, a teraz śmierć sprowadzić; roztrząsa się także, czy trafne były i z naturą choroby zgodne domysły i sądy, wypowiadane w czasie leczenia.

Żeby zaś chętnym i pilnym uczniom na niczem nie zbywało, by się mogli ośmielić do samodzielnej opieki nad chorymi, pozwala się tym, którzy dłużej i pilnie w podobnych klinicznych ćwiczeniach udział brali, odwiedzać codzień więcej razy ten szpital i tam leżących chorych obserwować i badać, żeby w ten sposób mogli istotne cechy chorób w każdym stanie uchwycić. Niemniej niektórych chorych powierza się pod kierownictwem profesora zupełnie pieczy uczniów. Każdy kandydat lub doktor medycyny ma jeszcze tę wygodę, że może chodzić według swej woli do wszystkich szpitali miasta i chorych nawiedzać, a ordynaryusze miejscowi wskazują, czy niema w danej chwili czego wątpliwego, lub czy nie oczekują w przebiegu jakich wyjaśnień, żeby jakąś rzecz należycie osądzić".

Do wykładu anatomii dla chirurgów miał profesor zalecony podręcznik francuskiego chirurga Verdiera[9]) *»Abrégé d'anatomie du corps humain«* 1725, tłómaczony i później wielokrotnie wydany, oraz anatomię Winslowa. W wykładzie chirurgii trzyma się profesor porządku *majoris chirurgiae* Heisteri, t. j. głównego dzieła Heistera *»Chirurgie in welcher Alles, was zur Wundarznei gehört, vorgestellt wird«* (1718 i często później), które wyszło także w skróconem wydaniu p. t. *Kleine chirurgie*. Wiemy również, że i sam profesor anatomii dla chirurgów Ferdynand Leber wydał swoje wykłady w roku 1772 p. t. *»Vorlesungen über die Zergliederungskunst«*, przetłómaczone później i na język łaciński. Podręcznik ten był powszechnie do nauki anatomii i przez lekarzy używany i jego to w części tłómaczeniem, a w części przeróbką jest polska anatomia Krupińskiego.

Uczącym się położnictwa zalecano podręcznik Rafała Steidelego[10]), przetłómaczony na język polski w r. 1777 przez Jakóba Kostrzewskiego.

III.

Powyższe ustępy, wyjęte z książeczki Störcka, oświetlają nam przedewszystkiem stosunek szkoły wiedeńskiej do Boerhaavego. Wszystkie przedmioty, z wyjątkiem anatomii, są wykładane z Boerhaavem w ręku, który, jak wiadomo, łączył w sobie wszystkie gałęzie nauk lekarskich. Boerhaavego niewolniczo się trzymać nie było nakazane, przeciwnie — głoszono, że nauka musi być wolna. Boerhaave ma służyć, jako przewodnik do wykładu, nie zaś jako sam wykład. Jeśli jednak zważymy, że zasadniczą myślą działalności Boerhaavego było nie stworzyć jednolitego systemu medycznego, zawsze kruchego i nietrwałego, lecz zjednoczyć w całość bez ramek systemu wszystkie te zdobycze medycyny, które w owym czasie dla większości uczonych były jej ostatniem słowem, to łatwo pojmiemy, że wpływ Boerhaavego musiał ogarniać nie tylko porządek wykładów, ale i całą istotną ich treść. Nie mogło być zresztą inaczej w szkole, założonej przez van Swietena i de Haëna, uczniów Boerhaavego i prowadzonej dalej przez Störcka, Crantza, Stolla, znowu uczniów tych założycieli. Pogląd szkoły wiedeńskiej na dzieła Boerhaavego, mówiący, że „niema drugiego wykładu medycyny, któryby w mniejszej objętości, a w układzie bardziej przejrzystym obejmował tyle, ile w swoich książeczkach zawarł Boerhaave", oraz fakt, że z Boerhaavem w ręku i wykładano i słuchano wykładów, mogą posłużyć do zrozumienia, dlaczego dziełom, wychodzącym ze szkoły wiedeńskiej, tak często dawano nagłówek „komentarzy" do Boerhaavego. Ponieważ w drugiej połowie XVIII wieku niektóre poglądy Boerhaavego musiały już być „przestarzałe", kierownicy Wydziału medycznego przepisują do użytku i nowszych autorów, jak Spielmanna i Macquera do chemii, a Hallera do fizyologii.

Wykłady zarówno chemii, botaniki, anatomii, jak i najważniejszej kliniki, mają charakter praktyczny. Ułatwianie spostrzegania klinicznego przyczynia się w najwyższym stopniu do gromadzenia faktów. Anatomia patologiczna zdobywa sobie pomału prawo obywatelstwa, choć nie zyskała ona w szkole wiedeńskiej nigdy głębszego uznania. Przy patologii wykłada się i medycynę sądową.

[9]) Störck pisze go Verdieux (str. 42).
[10]) Str. 54.

Jest godnem uwagi, że profesor chemii obznajamia przyszłych lekarzy także z metalurgią i z gospodarstwem.

Kierunek myślenia, panujący w szkole wiedeńskiej i wpajany w słuchaczy, odznacza się ścisłością i trzeźwością. To tylko się przyjmuje, co doświadczenie i z niego wyprowadzone prawidłowe wnioski uznają za prawdziwe. Jest to więc poprawna indukcya. Uczniów stara się szkoła uchronić od kłótliwości. Jest to przypomnienie tych sporów nie do ukończenia, które toczono w medycynie w wiekach średnich, kiedy argumentowano nie coraz to nowymi faktami, zaczerpniętymi z doświadczenia, ale przytoczeniami z uczonych mężów. Spory takie zdarzały się często jeszcze i w XVIII stuleciu, a wiedli je tacy mężowie, jak de Haën, który w polemice najczęściej wojował powagą starożytnych cytat. Spory takie nie były dyskusyą, ale kłótnią. To też ta myśl przewodnia w nauczaniu jest tutaj głębokiej wartości.

Profesorowie mają zalecone, by przy nauczaniu wyjaśniali otwarcie, co należy uważać za pewne, co za prawdopodobne, co za ciemne, co za wątpliwe. Jest to myśl, którą i w XX stuleciu możnaby niekiedy przypomnieć, myśl, że przy każdej hipotezie należałoby określać stopień jej prawdopodobieństwa, inaczej bowiem hipotezy bardzo prawdopodobne są razem z czczemi hipotezami jednakowo w czambuł oceniane jako hipotezy. Profesorowie mają przedstawiać różne poglądy autorów na jedno i to samo zagadnienie, ale z trafnem i bezstronnem wyłożeniem argumentów, które każdy autor na poparcie swej teoryi przytacza. Słuchaczy się ostrzega, by w zagadnieniach wątpliwych póty się od sądu wstrzymywali, póki nowe światło na nie nie padnie. Rady te są proste i zdrowe. Chronią one w nauce od osobistych sympatyi, nieuprawnionych indukcyjnem myśleniem.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że powyższe zasady wpajał w uczniów i Boerhaave w Lejdzie, choć nie posiadamy na to takiego dowodu, jaki właśnie stanowią dla szkoły wiedeńskiej powyższe słowa Störcka; są to bowiem myśli Bacona, któremi się kierowali wszyscy wielcy mężowie XVII i XVIII wieku. Od Boerhaavego wynieśli je van Swieten i de Haën, w nich się ćwiczyli we Wiedniu uczniowie van Swietena i de Haëna: Antoni Störck, autor naszej książeczki, i Stoll, który klinikę wiedeńską doprowadził do najwyższego stopnia rozkwitu. Z Wiednia rozchodziła się dobra metoda po całej Europie i przygotowywała grunt pod medycynę naukową, której okres właściwie rozpoczyna się z końcem XVIII stulecia z rozwojem kliniki, anatomii patologicznej, dyagnostyki i chemii.

Myliłby się jednak ten, ktoby sądził, że szkoła wiedeńska, która w uczniach swoich trzeźwe myślenie starała się wyrobić, sama już była w swoich poglądach medycznych bez błędów. Przeciwnie, obok prawidłowych spostrzeżeń klinicznych znajdujemy u van Swietena i de Haëna mnóstwo doktryn, opartych na dogmatycznych podstawach, jak poglądy jatromechaniczne i cała patologia humoralna z jej wszystkiemi następstwami. Doktryny te, które dotąd dla braku materyału faktycznego trwać musiały, miały jednakże już swoje dni policzone. Teorye jatromechaniczne zburzyła wkrótce chemia, a patologia humoralna runęła podkopana przez anatomię patologiczną.

Podobnież szkoła wiedeńska, mimo że doświadczenie tak wysoko ceniła, nie kierowała się doświadczeniem w sprawie odkrycia perkusyi przez Auenbruggera. Jest to w związku z całą organizacyą Wydziału medycznego. Organizacya ta niewątpliwie sprzyjała rozwojowi nauki tak, jak to się w historyi zdarzało nie często, ale tylko w kierunku hipokratesowskich zasad klinicznego spostrzegania. Powierzenie kierownictwa całego wydziału jednej osobie, oraz zatwierdzenie niejako przez cesarzową[12]) zasad Hippokratesa dawało rękojmię jednolitości kierunku. To też kierunek ten swobodnie się rozwijał i w wynikach zrodził szkołę kliniczną. Ale to właśnie było zarazem przyczyną niepowodzenia lekarza wiedeńskiego Auenbruggera. Nowość, zbyt radykalna względem panującej nauki, została widocznie potępiona przez dyrektora Wydziału van Swietena i przez profesora kliniki de Haëna, obaj bowiem o niej w swych dziełach ani jednem nawet słówkiem nie wspominają. To też nie mogła sobie wywalczyć prawa obywatelstwa i uległa na kilkadziesiąt lat zapomnieniu. Tym właśnie sposobem wiedeńska szkoła kliniczna wyparła się własnego dziecięcia, jakiem było wielkie odkrycie rozpoznawcze Auenbruggera.

[12]) Przedmiotem drugiego egzaminu medycznego miał być jeden lub dwa aforyzmy Hippokratesa (Medicinae studii Verbesserung z roku 1749 — Codex austriacus T. V. str. 400). Przy sprowadzaniu de Haëna był już z góry postanowiony kierunek Hippokratesa, o czem mówi de Haën: *animus van Swieteni fuit ut doctrinam Hippocraticam docerem* (Ratio medendi I. 13).

XI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

I. Kilka słów o nowym projekcie rządowym ubezpieczenia robotników.

Nowy projekt rządowy, obejmujący wraz z wyjaśnieniami 261 stronic druku, zawiera niektóre nowe postanowienia, które, uważniej roztrząśnięte, są tylko pozornie korzystne dla lekarzy I tak już § 3 tego programu rządowego stanowi, że od ustawowego obowiązku (*Versicherungspflicht*) należenia do nowych Kas uwolnione są osoby, których dochód miesięczny, względnie roczny, przekracza 200, względnie 2400 koron. Jeżeliby to postanowienie miało być dla lekarzy istotnie korzystne, to należałoby, ażeby wyraźnie zostało oznaczone, że osoby, mające taki dochód, nie mają prawa należenia do Kasy. Co innego bowiem nie mieć ustawowego obowiązku, a co innego nie mieć prawa. Przyglądnąwszy się więc z blizka temu paragrafowi, widzimy, że on nie wyklucza w przyszłości od należenia do Kasy chorych nawet i ludzi najbogatszych, bo że władze nie zmienią się w stosunku do lekarzy, ale że nadal tłómaczyć będą, jak i dotąd, wszelkie przepisy ustawowe na niekorzyść lekarzy, możemy tego być pewni, sądząc z dotychczasowych faktów. A że władze w pewnych przypadkach przybierają rolę filantropów kosztem stanu lekarskiego, wystarczy przypomnieć nie tak dawne zajście z okazyi założenia zarejestrowanej Kasy urzędników bankowych w Wiedniu:

Zarejestrowane Kasy zapomogowe mogą, — ale nie muszą, — przyjmować do bezpłatnego leczenia w razie choroby i takich członków, którzy nie mają obowiązku ubezpieczać się w Kasach. Tak mówi ustawa. Otóż kiedy urzędnicy bankowi w Wiedniu założyli zarejestrowaną Kasę zapomogową, Izba lekarska zabroniła lekarzom przyjmować posady w tych Kasach. Cóż na to władza? Władza znosi uchwałę Izby, a uzasadnia swe zarządzenie w ten sposób: „Ustawa daje zapomogowym Kasom możność leczenia członków swoich, a uchwała Izby możność tę uchyla, *ergo* władza uchwałę Izby znosi“.

Władza zatem postanowiła, że życzenie zapomogowej Kasy ma być rodzajem rozkazu dla lekarzy i ich ustawowych przedstawicieli. t. j. Izb. Lekarze zaś zupełnie słusznie tak rozumowali: Zarejestrowana Kasa zapomogowa nie ma obowiązku zapewniać swym członkom bezpłatnej pomocy lekarskiej; skoro zatem Izba lekarska, stojąc z obowiązku ustawowego na straży interesów lekarskich, zabrania lekarzom przyjmować w tej Kasie posady, to ma do tego najzupełniejsze prawo; Kasa zaś może swoim członkom dać za to większy zasiłek, by sobie pokryli wydatek na lekarza. Rząd jednak swojem postanowieniem uczynił lekarzy zależnymi nie od ich przedstawicielstwa zawodowego, t. j. Izby lekarskiej, — ale od woli i życzenia Kasy chorych.

Otóż dlatego to należy się domagać, by § 3 nowego programu zawierał nie słowo »*Versicherungspflicht*«, ale natomiast »*Versicherungsrecht*« tem bardziej, że przedstawiciele Kas chorych w szczegółowej nad programem dyskusyi napewno będą dopominać się, by wogóle skreślić granicę dochodów, po za którą ustaje możność korzystania ze świadczeń Kasy chorych. Im bowiem członkowie Kasy bogatsi, tem stosunkowo mniej chorują, a nawet chorując, tem mniej zwracają się do Kasy o świadczenia. Jeśliby nawet granica dochodów miała być podniesiona, to i tak powyższej zmiany w ustawie przedstawiciele i zastępcy stanu lekarskiego bezwzględnie i stanowczo domagać się powinni. *E. Stahr.*

II. Nowe niebezpieczeństwo zagraża całemu zawodowi lekarskiemu ze strony rządu.

Rząd przedłożył Izbie posłów nowelę przemysłową, której pierwsze czytanie już się odbyło i która obecnie wróciła do Komisyi. Postanowienia tej noweli dążą do wprowadzenia w życie Kas majsterskich dawnego pokroju z tym dodatkiem, że obecnie do tych Kas mają należeć także i członkowie rodziny: »*die Angehörigen*«. Samo określenie »*die Angehörigen*« jest bardzo nieścisłe, bo kogoż właściwie można nie zaliczyć do »*die Angehörigen*«? Jak bardzo rząd zapomina o lekarzach, stanowiąc o tych Kasach, niech za dowód posłuży fakt, że do tych Kas mają należeć ludzie bez ograniczenia ich dochodu. W nowym programie ubezpieczenia robotniczego ustanawia rząd granicę dochodów 2,400 koron rocznie; — nawiasem mówiąc i to ograniczenie jest złudne; — a tu, gdzie idzie nie o robotników, ale o majstrów, a więc przeciętnie ludzi zamożnych, nie ma w tym względzie żadnego ograniczenia.

Posłuchajmy, co mówią przepisy tej noweli:

§ 114. tego przedłożenia postanawia, że celem korporacyi między innemi jest „przedewszystkiem zakładanie Kas chorych i Kas wspierających dla członków i ich rodzin“ (*und deren Angehörige*). A więc znowu występuje widmo majsterskich Kas chorych w wydaniu nowem, uzupełnionem ubezpieczeniem rodziny, bo korporacye to są stowarzyszenia, obejmujące majstrów i robotników jednego zawodu. Jeśliby ktoś miał wątpliwość, że może te nowe Kasy majsterskie, obejmujące nadto ubezpieczenie rodzin, ograniczą się do zasiłków w chorobie i kosztów pogrzebowych, to niech przeczyta następujący paragraf, a dowie się, że Kasy dostarczać mają i bezpłatnej pomocy lekarskiej. Albowiem § 115 *a* powiada: „Kasy w poprzednim paragrafie wspomniane, o ile się opierają na zasadzie dobrowolnego przystępowania, mają być urządzone wedle ustawy z 16 lipca 1892 r. Dz. u. p. Nr. 202“. A co to jest za ustawa z 16 lipca 1892? To właśnie jest ustawa o zarejestrowanych Kasach zapomogowych, aż zanadto już znana lekarzom, co skłoniła rząd wbrew uchwale Izby lekarskiej do orzeczenia, że zarejestrowane Kasy mogą udzielać bezpłatnej porady lekarskiej, jak zechcą, że Izby nie mogą zabraniać lekarzom przyjmowania posad w tych zarejestrowanych Kasach zapomogowych, a to dlatego, że ustawa tym Kasom pozwala, daje możność bezpłatnego leczenia swych członków, a uchwała Izby tę możność znosi. A trzeba czytelnikom wiedzieć, że te zarejestrowane Kasy mogą, ale nie mają obowiązku udzielać członkom swym bezpłatnej pomocy lekarskiej.

Bardzo blizko lekarzy obchodzi także następny paragraf 115 *b*.

§ 115 *a* mówi o Kasach majsterskich dobrowolnych, ten zaś tworzy Kasy majsterskie przymusowe.

„§ 115 *b*. Korporacye mogą nałożyć na swych członków obowiązek ubezpieczenia się na zasiłki w chorobie, albo — i na zasiłki i na koszta pogrzebowe“.

„Nakładanie obowiązku ubezpieczania się tylko na bezpłatną pomoc lekarską, albo na koszta pogrzebowe jest niedopuszczalne“.

Co z tego wynika? Jak ten przepis mogą tłómaczyć władze, znane ze swej wątpliwej życzliwości dla zawodu lekarskiego?

Gdyby rząd był wysłuchał łaskawem uchem memorandum, wniesionego przez Izby lekarskie austryackie, byłby krótko postanowił: „niedopuszczalne jest ubezpieczanie się na bezpłatną pomoc lekarską“. Tymczasem w myśl powyższego przepisu bardzo łatwo będzie można zmuszać członków do ubezpieczania się albo na zasiłek w razie choroby wraz z bezpłatnem leczeniem, albo na koszta pogrzebowe też wraz z bezpłatną pomocą lekarską. Po co jednak korporacye mają się trudzić i zakładać w przyszłości przymusowe Kasy majsterskie, kiedy na podstawie § 115 *a* będą sobie mogły zakładać Kasy chorych z bezpłatną pomocą lekarską, zasiłkiem i kosztami pogrzebowymi. A tu władza widocznie chciała zabezpieczyć korporacye przed lekarzami: nie zawadzi być ostrożnym.

Położenie materyalne lekarzy może w niedalekiej przyszłości stać się wprost nieznośnem, bo większa część ludności będzie ubezpieczoną w Kasach powiatowych, gdzie wprawdzie rząd ma wyznaczyć granicę dochodu, ale tylko iluzoryczną, albo w zarejestrowanych Kasach zapomogowych, gdzie mogą należeć osoby, niepodlegające wogóle ubezpieczeniu ustawowemu, albo wreszcie w nowych Kasach majsterskich po myśli §§ 114, 115 *a* i 115 *b* noweli przemysłowej, gdzie mogą należeć całe korporacye, t j. pracodawcy i pracownicy wraz z »*Angehörige*« (dlaczego nie »*Familienmitglieder*« przynajmniej?). Ubezpieczać się więc na wypadek choroby i otrzymywać bezpłatną pomoc lekarską mogą w przyszłości nie tylko ludzie niezamożni, ale najbogatsi pracodawcy, majstrowie i fabrykanci z całemi swemi rodzinami. Kto będzie się leczył u lekarzy prywatnie? Chyba tylko pluto- i arystokracya.

Jednem słowem rząd uprawia filantropię społeczną kosztem jednego stanu lekarskiego, który znajdując się w coraz gorszych warunkach, musi upadać i upadnie tak materyalnie, jak i moralnie. Każde społeczeństwo ma takich lekarzy, jakich sobie wychowa. Ubezpieczenia społeczeństwa na przypadek choroby nie można gruntownie przeprowadzić, nie oglądając się na to, co się stanie z lekarzami. Chyba lekarzy upaństwowić. Czy to jednak będzie dobrze, to jest jeszcze temat sporny. W każdym razie *caveant consules!*

E. Stahr.

III. W sprawie badań dla Towarzystw ubezpieczeń.

Pierwszem pytaniem, któreby należało zasadniczo rozstrzygnąć, jest kwestya, czy zgłaszającego się ma lekarz badać u siebie w domu, czy też raczej powinien to uczynić u niego, w jego mieszkaniu. Że wygodniej jest lekarzowi, żeby chcący się ubezpieczyć przyszedł do niego, n. p. w godzinie ordynacyjnej, to nie ulega żadnej wątpliwości. Skoro jednak dla oceny ryzyka doniosłe ma znaczenia, jak ubezpieczający się mieszka i jak się przedstawia całe jego otoczenie, to lekarz Towarzystwa ubezpieczeń, o ile to jest możliwem, powinien badać ubezpieczającego się u niego w domu, tem bardziej, że zawsze Towarzystwa pytają o to, czy mieszkanie lub też zajęcie jego nie jest dla zdrowia szkodliwe. Dość często równocześnie z mieszkaniem zobaczyć może lekarz i pracownię ubezpieczającego się

Inna jest rzecz, że lekarze powinni w takim razie żądać wyższego honoraryum, niż za badanie u siebie. Należy się jednak spodziewać, że Towarzystwa ubezpieczeń w dobrze zrozumianym własnym interesie chętnie poniosą większy wydatek, bo w ten sposób uchronią się przed niejednem niebezpiecznem ryzykiem.

Przeważna liczba Towarzystw ubezpieczeń wymaga przy ubezpieczeniach, przekraczających pewną sumę — (różne Towarzystwa przeróżne w tym względzie ustanowiły granice), aby zgłaszającego się do ubezpieczenia badało dwóch lekarzy. Otóż zachodzi pytanie, czy obaj lekarze mogą równocześnie badać ubezpieczającego się, czy też raczej powinni osobno to czynić. Mnie się zdaje, że jeśli naczelny lekarz Towarzystwa ubezpieczeń ma na podstawie przesłanych mu świadectw lekarskich nabrać możliwie najdokładniejszego wyobrażenia o stanie ubezpieczającego się, to powinny Towarzystwa stanowczo wymagać, a agenci ich bezwzględnie przestrzegać, by lekarze badali każdy z osobna, a nawet, o ileby się to dało osiągnąć, w różnych porach dnia. A jakże się dzieje dotąd? Obaj lekarze równocześnie badają wprawdzie narządy wewnętrzne, n. p. płuca, serce, ale pomiary zwykle zdejmuje jeden z nich, mocz także bada jeden z nich, a drugi sobie tylko wyniki notuje. Nie o to mi chodzi, by badającym zarzucać nieścisłość w badaniu, boć chyba zupełnie jest zbytecznem, by koniecznie każdy lekarz osobno mierzył ubezpieczającego i t. d., ale każdy przyzna, że dokładniejszy obraz można mieć na podstawie dwóch zupełnie od siebie niezależnych badań, a jeszcze dokładniejszy na podstawie dwóch badań, dokonanych w różnych porach.

Co do honoraryum lekarskiego za badania dla ubezpieczenia na życie, to wysokość jego waha się od 6 do 20 K., zależnie od Towarzystwa. Czasby był, żeby sprawą tą zajęły się Izby lekarskie i ustaliły wysokość wynagrodzenia. O ile bowiem 20 K. jest wynagrodzeniem dość dobrem, o tyle znowu wyjątkowem. Honoraryum zaś po 6 K. jest wprost niemożliwie małem: wszak za te 6 K. musi lekarz dokładnie ubezpieczającego się zbadać, dokonać rozbioru moczu, odpowiedzieć na szereg pytań, które drukowane gęstym drukiem zajmują bardzo często bite cztery strony arkusza — i jest ponadto wobec Towarzystwa ubezpieczeń odpowiedzialnym. O ileby bowiem Towarzystwo poniosło szkodę z winy, wynikłej czy to z zaniedbania, czy to z nieumiejętności lekarza, może ono dochodzić na lekarzu straty swojej. Ponadto musi lekarz jeszcze bardzo często odpowiadać listownie w sprawie dokonanego badania na pytania dokładne, stawiane mu przez naczelnego lekarza Towarzystwa.

Niezwykle ważną sprawą jest także kwestya, w jaki sposób świadectwa lekarskie powinny się dostawać do rąk naczelnego lekarza w Towarzystwie ubezpieczeń. Mojem zdaniem powinien lekarz świadectwo wysyłać wprost w zamkniętej kopercie do naczelnego lekarza, a nie, jak się to dzieje w wielu Towarzystwach, szczególnie obcych, oddawać świadectwo otwarte do rąk agenta. Bo dyrekcye Towarzystw powinny się starać zapewnić lekarzowi badającemu najzupełniejszą swobodę w wypowiedzeniu swego zdania co do zdrowia ubezpieczającego się bez względu na interes agenta, a po drugie to, co zawiera świadectwo lekarskie, jest tajemnicą lekarską, czego lekarzowi pod grozą kary nie wolno zdradzać nikomu, prócz Towarzystwu, i to tylko dlatego, że ubezpieczający się na to z góry się godzi. *E. S.*

XII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 czerwca.

* Według sprawozdania urzędowego z ostatniego tygodnia (15—20 maja) zapalenie nagminne opon mózgowordzeniowych zmniejszyło się w Galicyi. W 72 gminach (76 zeszł. tygodnia), należących do 32 (34 zeszł. tyg.) powiatów, zachorowało osób 127 (152 zeszł. tyg.). zmarło 61 (70 z. tyg.) w 39 (48 z. tyg.) gminach. W tygodniu sprawozdawszym zachorowało w powiecie krakowskim osób 22, w chrzanowskim i łańcuckim po 11, sokalskim 9, tarnobrzeskim 8, jarosławskim i mieleckim po 6, wadowickim 5, cieszanowskim, myślenickim po 4, bielskim, kamioneckim, rzeszowskim, tarnowskim, żółkiewskim po 3, kolbuszowskim, niskim, pilzneńskim, przemyślańskim, staro-samborskim, wielickim po 2, bobreckim, husiatyńskim, nowotargskim, podgórskim, przemyskim, przeworskim, rawskim, ropczyckim — po 1. W m. Krakowie było 4 przypadki, we Lwowie 1.

Tego polepszenia stosunków nie możemy, niestety, zaznaczyć w przebiegu duru plamistego: w tygodniu od 15 do 20 maja zachorowało osób 250 w 35 powiatach, leżących wyłącznie w Galicyi wschodniej.

* Dnia 3 i 4 b. m. odbędzie się w Krakowie II-gi Zjazd polskich abstynentów w sali Rady miejskiej. Zagajenie Zjazdu nastąpi dnia 3 b. m. o godz. 3 po południu. Po ukonstytuowaniu się wygłoszą odczyty: 1) Dr. Daszyńska-Golińska: „Czem zastąpić alkohol w życiu jednostki i narodu“. 2) Prof. Piltz: „Alkohol a choroby umysłowe“. 3) Ks. Niesiołowski: „Ruch antyalkoholiczny w Księstwie Poznańskiem.“ 4) Dr. Gumplowicz: „Alkoholizm i kwestya robotnicza w Królestwie Polskiem“. 5) Giedroyć: „Ruch abstynencki w Galicyi w dobie obecnej“.

II-gi dzień Zjazdu rozpocznie się w niedzielę 4 czerwca, o godz. 9 rano, w tejże samej sali. — Odbędą się dalsze odczyty: 1) Witkowski: „Ruch wstrzemięźliwości w Polsce w XIX stuleciu“. 2) Dr. Eisenberg: „Alkohol a choroby zakaźne“. 3) Dr. Kunicki: „Wpływ alkoholu na sprawność roboczą organizmu“. 4) Turzyma: „Wpływ alkoholu na życie kobiety“. *Po południu:* 1) Prof. Baumfeld: „Młodość i alkohol“. 2) Dr. Piasecki: „Abstynencya a propaganda zabaw ruchowych“. 3) Haraszkiewicz: „Stanowisko nauczycielstwa w walce z alkoholizmem“. 4) Dr. Wróblewski: Szerzenie abstynencyi wśród dzieci“.

* Generał gubernator Warszawy zezwolił na zorganizowanie obywatelskiego Komitetu sanitarnego, który ma być czynnym przy szerszym Komitecie, wybranym dla zwalczania cholery i będącym pod kierownictwem prezydenta miasta Warszawy. Główną rolę, niemal wyłączną w tym Komitecie obywatelskim będzie miało warszawskie Towarzystwo higieniczne; z regulaminu wnosić należy, że zadanie tej organizacyi sanitarnej, aczkolwiek głównie doradcze, odegrać może wielce pożyteczną rolę w uzdrowotnieniu stolicy Królestwa Polskiego.

* Dr. Neuburger opisuje w „Wiener Zeitung“ byt lekarzy wiedeńskich przed 100 laty: było ich w stolicy Austryi 200 do 300, a już gorzko skarżyli się na przepełnienie, a prof. Józef Frank nazwał to pchanie się młodzieży na wydział lekarski „jatromanią.“ I wówczas sądzono, że byt lekarzy uratować może tylko upaństwowienie całego stanu. Na medycynę zapisywali się głównie kandydaci niezamożni, zarabiający korepetytorstwem na swoje utrzymanie. Szarlataństwo i przed stu laty popłacało u publiczności, a walka z partactwem nie była mniejszą, niż dziś.

* Krakowska Komisya sanitarna odbyła dnia 24 maja posiedzenie, na którem zastanawiała się nad sprawą reformy miejskiej służby zdrowia.

* W świeżo odbytym Kongresie rentgenologicznym zapadła uchwała wypracowania wyrazownictwa, odnoszącego się do tej gałęzi nauki.

* Dr. Goburrek z Tylży zapisał 1,100,000 Mk na cele dobroczynne i higieniczne, uwzględniając głównie stan lekarski oraz potrzeby rodzinnego miasta.

* Międzynarodowy związek zawodowej prasy lekarskiej odbył narady w Bernie. Roztrząsano sprawę własności autorskiej, wyrażono życzenie, by nie ogłaszać tych samych rozpraw w kilku czasopismach,— słowem przeżuwano sprawy dawno przetrawione. Uchwalono wreszcie zaprosić do Związku dziennikarzy amerykańskich i rosyjskich.

* Między 7 a 13 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w powiecie dąbrowskim, cieszanowskim i jaworowskim (po 1 gm.). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w powiatach: bohorodczańskim, borszczowskim, brzeżańskim, buczackim (po 1 gm.), czortkowskim (2 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (3 gm.), horodeńskim, kolbuszowskim (po 1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (5 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim, liskim (po 1 gm.), lwowskim (3 gm.), mieleckim (1 gm.), mościskim (2 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), niskim (1 gm.), nowo-sądeckim, przemyślańskim (po 1 gm.), rawskim (6 gm.), skałackim, śniatyńskim (po 1gm.), stanisławowskim (2 gm.), stryjskim, tarnopolskim, tłumackim, trembowelskim (po 1 gm.), turczańskim (6 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), zborowskim (1 gm.), żółkiewskim (4 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Hilger, prof farmacyi, zmarł w Monachium w 66 r. życia. Dr. Sciamanna, znany prof. psychiatryi, zmarł w Rzymie. Dr. Witold Jaworowicz, zmarł w Toruniu. Dr. Michał Trzebiecki, prof. chemii w b. Akademii lekarskiej, zmarł w Warszawie.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z 10. Biehler: Przypadek ciała obcego w jamie opłucnej Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (dok.).

— *Medycyna* Nr. 20. Gaszyński: Z mechaniki porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność wymiarów sprzężny prawdziwej od dolnego kąta spojenia łonowego. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 19. Arnstein: Jakie stanowisko powinno zajmować leczenie zdrojowo-kąpielowe w kamicy moczowej i jakiem leczenie to być winno. Steinsberg: O leczeniu miażdżycy układu naczyniowego w Franzensbadzie. Karwacki: Przyczynek do badań nad florą nowotworów złośliwych (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 21. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů železových při vrožene přijici (c. d.). Marcan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu. Slavik: Druhá výroční zpráva lečebného ustavu k lečeni paprsky světelnymi, Roentgenovými a proudy vysoké frekvence w Praze (c. d.). Pexa: Serotherapie při spále a několik připadův, antiscarlatinosnim serem Bujwidowým lečenych (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 40. Hirtz i Lemaire: Wiąd dziecięcy młodzieńczy. Terrien: Rokowanie w zapaleniu płuc u dzieci. Śmierć nagła i śmierć prędka. Romme: Tegoczesna epidemia zapalenia błon mózgowordzeniowych w Niemczech.

Nr. 41. Auché: Czerwonka bakteryjna w Bordeaux. Lop: Położnictwo a medycyna sądowa. *M. L.:* Technika barwienia prątków krętych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 21. Fübringer: Znaczenie drżenia jako objawu alkoholizmu. Birnbaum: Przyczynek do nauki o pachwinowej przepuklinie macicznej i o histologicznych zmianach w przemieszczonych jajnikach. Davidsohn: Przypadek ospy zakończony śmiercią. Znaczny udział górnych dróg oddechowych i trawiennych. Bruhns: Wodolecznictwo w chorobach skórnych i kiłowych. Kisch: Zadania i cele balneologicznych pracowni w zdrojowiskach. Neumann: Leczenie zranień serca. Göppert: Przyczynek do nauki o nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Greeff: Schiller jako lekarz. Blum: W sprawie stosowania wielkich dawek oliwenolu w leczeniu chorób żołądka (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 21. Marburg: Miejscowe rozpoznanie chorób śródmózgowia. Colombani Badania nad lędźwiowem zniesieniem bolesności zapomocą tropakokainy. Kuhn: Przyczynek do kazuistyki i terapii słoniowaciny. Bail: O agressynie prątków gruźliczych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 21. Korte i Steinberg: O działaniu aglutynacyjnem surowicy chorych na dur na prątki duru rzekomego *(paratyphus)*, oraz uwagi nad makroskopowem i mikroskopowem rozpoznaniu surowiczem. Tendeloo: Wsteczny rozwój gruźlicy drogą naczyń chłonnych w niektórych narządach trzewnych. Kerschensteiner: W sprawie białaczki. Geissler: Znaczenie i wartość leczenia pracą nerwowo chorych. Dornblüth: Zapobieganie epidemicznemu zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Oefele: Cukier w kostkach jako pożywka w cukrzycy. Grosse: Środki ochronne przeciw chorobom narządu płciowego. Marcus: Nowa miejscowa metoda leczenia czyraków i wąglika. Groth: Opaska przy szczepieniu krowianki.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 21. Leyden: Uwagi nad groźną epidemią zapalenia opon mózgowordzeniowych. Kirchner: Gdzie należy oznaczać topograficznie koniuszek serca w doświadczeniach, szczególnie w ocenach. Leubuscher i Bibrowicz: Neurastenia w kołach robotniczych. Heine: Cyklodyaliza — nowa operacya jaskry. Karewski: Przyczyny, zapobieganie i leczenie zapalenia okątniczego (dok.). Róna: Podwójna cewka moczowa.

Redakcya otrzymała. Hicner: Uwagi nad zawodem lekarskim w chwili obecnej. Część II.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 21 (od dnia 21/V do 27/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 21, dziew. 27; nieżywo: chł. 4, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 25; zamiejscowych: męż. 17, kob. 18.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 4, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 17, ob. 13. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 2, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 43, obcych 31.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Kwas karbolowy i lyzol, posiadając silne działanie bakteryobójcze, okazały się, jak wiadomo, znakomitymi środkami przeciwgnilnymi. Jednakże oba te środki drażnią skórę; dlatego też wielokrotnie już próbowano złagodzić to działanie drażniące bez zmniejszenia własności przeciwgnilnych obu tych środków. Niemiłe działanie drażniące przejawia się szczególnie przy łączeniu kwasu karbolowego i lyzolu ze zwykłem mydłem, gdyż mydło to wskutek pewnego nadmiaru zasad samo już nadweręża mniej lub więcej skórę. Tych braków nie mają mydła glicerynowo-karbolowe i glicerynowo-lyzolowe. Zawarta w nich obficie gliceryna zachowuje skórę miękką i gładką, nieupośledzając działania środków przeciwgnilnych. Mydła te, wyrobu Sarga, wypróbowało z dobrym skutkiem, jako mydła odkażające, wielu anatomów i chirurgów, używając ich przed i po operacyach. Również nadają się te mydła w praktyce położniczej, gdzie niezmiernie zależy na najskrupulatniejszej czystości i odkażeniu, a ręce operatora, podobnie jak w chirurgii, nie powinny przy tem ucierpieć. Kwas karbolowy stępia, jak wiadomo, czucie i sprawia często przykre swędzenie; tym ujemnym jego stronom zapobiega użycie mydła glicerynowo-karbolowego Sarga; mydło zaś glicerynowo-lyzolowe jest jeszcze łagodniejsze, dlatego też można je zalecić szczególnie dla dzieci. *Ll.*

Lysoform jest przetworem nieszkodliwym, w zupełności zastępującym trujący lysol. Świeżo znów zdarzył się w Berlinie przypadek zatrucia lysolem matki i 3 dzieci, wskutek czego domagają się niemieckie pisma lekarskie zupełnego usunięcia lysolu z rąk położnych i zastąpienia go lysoformem. Byłoby pożądane zarządzenie takie i w Austryi, gdzie należałoby na wzór Niemiec prowadzić statystykę zatruć lysolem.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem").
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław**, lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attyla").
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyrektor Sanatoryum dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV)

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe)
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva") (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.